

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1933-1934

N°

THÈSE

526

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis Joseph Auguste LEROY

né le 3 décembre 1906, à Limoges

**Du traitement du placenta
inséré sur le segment inférieur
à propos de 60 cas observés
à la Maternité de l'Hôpital Tenon**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV°)

—
1934

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1933-1934

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis Joseph Auguste LEROY

né le 3 décembre 1906, à Limoges

**Du traitement du placenta
inséré sur le segment inférieur
à propos de 60 cas observés
à la Maternité de l'Hôpital Tenon**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV°)

1934

LE DOYEN : M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BEAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	LEREBOULET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

Neurologie et Psychiatrie	MM. ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Pathologie médicale	BERNARD Etienne.
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FÉY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	CATELLIER.
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.



Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie expérimentale et comparée	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Ophtalmologie	VALLERY-RADOT (Pasteur).
Obstétrique	VELTER.
Pathologie chirurgicale	VIGNES.
	WILMOTH.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	AUBERTIN.
Clinique médicale	BRULE.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	HARVIER.
Clinique médicale	LIAN.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	MOURE.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	GUENIOT.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551813_0013

A MES CHERS PARENTS

A MA SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant du très grand hon-
neur qu'il me fait en acceptant de pré-
sider cette thèse.*

A MON MAITRE

M. le Docteur H. J. LEMELAND

Accoucheur de l'Hôpital Tenon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il trouve ici mes sentiments de respectueuse gratitude pour les conseils qu'il m'a donnés pour l'exécution de ce travail, qu'il a inspiré, et pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- 1926 M. le Professeur WIDAL (in memoriam)
1926 M. le Professeur LEJARS (in memoriam)
1927 M. le Docteur HALBRON

EXTERNAT

- 1927-1928 M. le Docteur LAUNAY.
1928-1929 M. le Docteur HUDELO
1928-1929 M. le Docteur COURCOUX
1929-1930 M. le Docteur HALBRON
1930-1931 M. le Docteur BABONNEIX

EXTERNAT EN PREMIER

- 1931 M. le Docteur COURCOUX
1931-1932 M. le Docteur LEVESQUE
1932-1933 M. le Docteur LEMELAND

I

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Question d'actualité, le traitement du placenta prævia vient d'être d'objet des discussions du dernier Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.

Nous n'avons nullement l'intention ici de reprendre la discussion. Mais il nous paraît intéressant d'apporter un document précis sous la forme des résultats obtenus en deux ans dans la Maternité de Tenon. L'éclectisme thérapeutique le plus large a été pratiqué.

Les différentes méthodes ayant été appliquées suivant les cas, il peut être curieux, en effet, de comparer les résultats moyens obtenus avec ceux signalés dans les derniers travaux.

Tel est le sujet de cette thèse, qui n'a d'autres prétentions que d'apporter un document consciencieux et vérifié.

HISTORIQUE

Nous ne reprendrons pas ici l'historique complet du traitement du placenta vicieusement inséré; le traité de TARNIER et BUDIN, les thèses de DESSOUBRY et de MAYER, le récent rapport de PAUCOT et REEB au dernier congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française fournissent à ce sujet tous les renseignements désirables.

Mais, si nous résumons cet historique, nous voyons qu'en réalité, on peut diviser l'étude du traitement du placenta prævia en trois périodes.

Une période empirique, clinique,

Une période anatomo-pathologique et physiopathologique,

Une période opératoire.

La première période, qui va d'Ambroise PARÉ et de GUILLEMOT jusqu'à BARNES : Constataction des hémorragies, essai de thérapeutiques variées.

Dans la deuxième période, BARNES décrit le segment inférieur, précise ses limites et montre les causes réelles de l'hémorragie.

Enfin, troisième période, période moderne. C'est la période opératoire rendue possible grâce aux découvertes de Pasteur.

La première période nous apporte simplement des procédés thérapeutiques qui, désastreux à cette époque, seront repris par la suite, lorsque l'antisepsie et l'asepsie les rendront inoffensifs. Méthodes basées sur l'observation clinique et destinées purement et simplement à arrêter l'hémorragie.

Ces méthodes qui sont toutes tombées, d'abord, en désuétude, pour être reprises actuellement, sont celles dont on se sert aujourd'hui, mais avec les opérations chirurgicales en plus.

C'est la dilatation forcée avec Ambroise PARÉ et GUILLEMET. Terrible, à cette époque, dans ses résultats, par suite de lésions du col et des vaisseaux dans un foyer infecté.

C'est la rupture, ou plutôt la ponction des membranes que pratique MORICEAU, timidement, sans qu'il se rende compte du mode d'action du procédé.

PORTAL et PUZOS vont y ajouter l'abaissement d'un pied (version par manœuvres mixtes), mais les résultats ne seront pas meilleurs.

C'est LEROUX qui va essayer du tamponnement vaginal avec des lambeaux d'étoffe grasseux qui deviendront plus tard la fameuse queue de cerf-volant. Les résultats seront toujours les mêmes, la mort par infection.

Nous arrivons, ainsi, à la période moderne avec BARNES, TARNIER, BUDIN, PINARD. C'est l'étude du segment inférieur, c'est la deuxième période, période anatomo-clinique.

Que va-t-elle apporter de nouveau au traitement ? Uniquement une connaissance plus précise de l'hémor-

ragie et un emploi plus judicieux des traitements précédents.

BARNES a montré comment se faisait l'hémorragie. Il a décrit le tiraillement du placenta par suite de l'inextensibilité des membranes.

PINARD va reprendre la perforation de MORICEAU, mais il la fera plus large et il dilacérera les membranes et, dans les insertions latéro-vaginales, il obtiendra de bons résultats.

BRAXTON HICKS, en 1864, va perfectionner la méthode de PORTAL et PUZOS, avec sa version par manœuvre mixte.

BARNES va proposer le décollement partiel du placenta auquel, un peu plus tard, SIMPSON préférera le décollement total et son extraction avant le fœtus.

Mais tous ces procédés, toujours dangereux pour la mère à cause de l'infection, sont irrémédiablement mortels pour l'enfant.

Alors, nous voyons reprendre le tamponnement vaginal avec TARNIER.

Nous allons voir la méthode des ballons avec CHAMPTIER DE RIBES. Tandis que chez BRAXTON HICKS, le fœtus servait d'agent compresseur, on va demander au ballon de faire la compression et de réserver ainsi la possibilité de sauver les enfants.

La méthode d'accouchement forcé va même reprendre de la vogue :

Avec BONNAIRE : Dilatation manuelle.

Avec BOSSI : Dilatation instrumentale.

Mais tous ces procédés, quels qu'ils soient, restent dangereux, parce qu'ils sont trop offensants pour les parties maternelles, amenant des délabrements sérieux

et des hémorragies secondaires plus graves que les hémorragies du placenta praëvia, ou bien, et surtout, déterminent des infections graves telles que l'on peut dire que les femmes meurent plus d'infection que d'hémorragie.

Cependant, nous voyons renaître aujourd'hui la méthode de la dilatation forcée, grâce au procédé du professeur DELMAS, de Montpellier.

Nous arrivons ainsi à la troisième période, qui commence avec les découvertes de PASTEUR, aux environs de 1890, et qui va aboutir au XX^e siècle, avec l'asepsie et l'antisepsie, au développement des procédés chirurgicaux devenus possibles et dont les résultats sont aujourd'hui des plus encourageants.

C'est ainsi qu'on été pratiquées successivement la césarienne haute, la césarienne vaginale et enfin la césarienne supra-symphysaire, dernière venue, qui est aujourd'hui l'objet de discussions et semble s'imposer de plus en plus.

A elles s'ajoute l'opération mutilatrice : l'hystérectomie dans les cas graves.

Les moyens thérapeutiques actuels sont donc :

Les procédés obstétricaux,

Et les procédés chirurgicaux.

A chacun de ceux-ci correspondent des indications cliniques diverses.

Faut-il rejeter les uns, pour n'admettre que les autres ?

Faut-il être éclectique ? C'est ce qu'ont cherché à montrer dans leur thèse MAYER et DESSOUBRY et dans leur rapport PAUCOT et REEB.

Voyons ce que nous avons obtenu.

Notre étude porte sur 60 cas, mais il nous faut d'abord voir si, au point de vue des notions générales, ils correspondent aux moyennes signalées par les auteurs.

Nous étudierons donc rapidement les caractéristiques des cas que nous avons eu à observer.

Nous verrons ensuite les résultats des différentes thérapeutiques employées.

II

ÉTUDE DES CARACTÈRES GÉNÉRAUX
DES CAS OBSERVÉS

Nous étudierons successivement et comparativement les moyennes données par les auteurs et les chiffres que nous rapportons.

I. — Fréquence

Nous avons observé 60 cas de placenta vicieusement inséré sur le segment inférieur, sur 4,200 accouchements, soit une moyenne de 1,4 %.

Dans les cas retenus par nous figurent uniquement ceux qui ont donné des hémorragies au cours de la grossesse et dont le placenta ne présentait pas un petit côté de plus de 4 cm. dans les cas qui se sont terminés sans intervention.

Si nous comparons ce pourcentage à celui fourni par les auteurs, en ne prenant que les chiffres donnés dans une période récente, depuis 1910, nous pouvons constituer le tableau suivant :

STATISTIQUE DE	PARUE EN	FAIT A	PORTANT SUR	NOMBRE DE CAS	POURCEN- TAGE
HAUCH	1910	Clinique Univers. de Copenhague	1895 1910	240 s/2400	1 %
MOUCHOTTE ...	1910	Baudeloque Paris	—	183 s/38015	0,40
HENKEL	1910	—	1894 1910	84 s/3882	2,16
LABHARDT	1917	Clinique de Bâle	—	123 s/16596	0,74
COIRINTH	1920	Clinique de Strasbourg	1879 1920	285 s/39194	0,60
RADECKI	1924	Clin. Univer. de Kiel	—	168 s/9608	1,74
SCHOULTE	1924	Clin. Univers. Stuttgart	1913 1924	77 s/4497	1,70
ARTONI DE SAINT-ADRESSE .	1923	Clin. Univers. Rome	1910 1923	181 s/21527	0,80
BICHARA	1930	Maternité de Montpellier	—	52 s/7817	0,5

Ce qui correspond à une moyenne de 1,06 %.

Mais, à côté de ces chiffres :

DEPAUL donne 1 pour 242 soit 0,42 %

DEMELIN donne 1 — 134 — 0,71 %

BRINDEAU donne 1 — 166 — 0,60 %

DESSOUBRY donne 1 — 150 — 0,66 %

Mlle BUCSAN (Clinique

Baudeloque). 1 — 220 — 0,45 %

soit un chiffre moyen global de 0,81 %.

Nous dépassons donc nettement la moyenne générale des chiffres donnés par les auteurs, mais nous restons cependant inférieurs à plusieurs d'entre eux, puisque nous trouvons les chiffres de :

2,16 %	donné par	HENKEL
1,74 %	—	RADECKI
1,70 %	—	SCHULTE

Ce qui tendrait à montrer qu'il y a des différences notables dans la fréquence du placenta vicieusement inséré suivant les régions, et même suivant les circonscriptions hospitalières.

A la Maternité de l'Hôpital Tenon, qui reçoit une clientèle pauvre, et dans laquelle nous trouvons d'ailleurs un pourcentage nosologique de femmes enceintes énorme, la proportion doit être plus élevée que dans les maternités qui desservent des quartiers plus aisés et dans lesquels les femmes sont moins éprouvées.

Et ceci semblerait corroborer l'opinion des auteurs allemands qui font ressortir la fréquence infiniment moindre de cet accident dans la clientèle aisée urbaine, puisque MULLER donne 1 pour 1.078 et SCHENWALD, 1 pour 750.

II. — Influence de l'âge

Il est classique de dire que la fréquence de cet accident augmente avec l'âge. Elle atteint son maximum entre 30 et 40 ans (BRINDEAU et JEANNIN).

Notre statistique confirme cette opinion. En effet, nous trouvons 29 cas de placenta prævia entre 30 et 40 ans, soit 48,33 %

25 cas	entre 20 et 30 ans	soit 41,66 %
6 cas	entre 17 et 20 ans	soit 10 %

III. — Influence de la parité

La parité a une influence très nette. Suivant les auteurs, le placenta prævia augmente avec le nombre de grossesses.

En effet :

MULLER rencontre	85 %	de multipares
JUDEL rencontre	90 %	—
FRIETSCH rencontre	94 %	—
BRODHEAD et LANGROCK rencontrent	78 %	—
BUCSAN rencontre	69 %	—
DESSOUBRY rencontre	75 %	—
soit une moyenne de 81 % de multipares.		

Nous avons trouvé les chiffres suivants :

11 primipares pour 49 multipares, soit une moyenne de 80 % de multipares, dont :

- 14 secondipares,
- 12 tertipares,
- 10 quartipares,
- 2 quintipares,
- 11 grandes multipares,

soit 35 femmes tertipares, et au-dessus, sur 60, donc plus de 50 %.

Ces chiffres s'expliquent, naturellement, par l'endométrite et les infections antérieures.

Dans aucun des cas que nous avons observés, nous n'avons noté la gémellité ou le fibrôme.

Nous n'avons relevé aucun renseignement digne d'intérêt dans les antécédents morbides de ces femmes.

IV. — Variétés d'insertions placentaires

Nous savons qu'il est classique de décrire 4 variétés de placenta prævia dépendant de l'étendue variable de son insertion sur le segment inférieur :

L'insertion latérale,

L'insertion marginale,

L'insertion centrale partielle,

L'insertion centrale totale.

Nous plaçant au point de vue clinique, nous ramènerons ces positions à deux variétés principales :

L'insertion latéro-marginale,

L'insertion centrale.

La fréquence relative du mode d'insertion a été très différemment appréciée, suivant les auteurs :

M. BRINDEAU considère que sur 100 placenta prævia on en rencontre environ 80 latéraux et 20 centraux.

Il rapporte une statistique de SCHMIDT, de Brème, où sur 178 cas, il note 78 variétés latérales, 35 centrales et 27 cas indéterminés, soit également environ 20 % de placenta centraux.

DESSOUBRY donne 30 à 25 % de placenta centraux,

BUCSAN donne 33 % environ,

KRAUL donne 47 % de placenta centraux,

Et BICHARA, rapportant une statistique de 52 cas, donne 15 insertions centrales totales, 5 insertions centrales partielles, soit 38 % d'insertions centrales, 18 % d'insertions marginales et 11 latérales.

Nous relevons donc une moyenne générale de 32 % environ de placenta centraux.

Notre statistique nous a donné :

17 placenta centraux pour 60 cas, soit 28,3 %.

De ce rapide exposé, il résulte que, sauf pour la fréquence où nos chiffres sont nettement supérieurs à ce que nous rapportent les auteurs, notre statistique reste sensiblement dans les moyennes généralement admises, et que nous pouvons considérer notre étude comme reposant sur un ensemble de faits communément rencontrés.

En résumé, le placenta prævia est une dystotie relativement rare frappant surtout les multipares âgées, se présentant le plus souvent en variétés latérales ou marginales. Mais c'est une dystotie grave tant pour la mère que pour l'enfant, comme nous allons le voir maintenant.

V. — Gravité

MORTALITÉ MATERNELLE

Le placenta prævia est grevé pour la mère d'un pronostic grave. Toutes les statistiques s'accordent sur ce point.

Mais les chiffres varient considérablement entre les statistiques anciennes et les statistiques modernes dans lesquelles on a fait appel aux nouveaux traitements.

En effet, DEPAUL, MULLER, SIMPSON arrivent à une mortalité maternelle très importante atteignant 33 %, NEEGELE, 21 %.

Plus près de nous, la statistique de la Maternité de Saint-Antoine et de la Clinique Tarnier, publiée par le Professeur BAR, faisant état des cas observés entre 1897 et 1912 (83 cas), donne une mortalité maternelle de 9,2 %.

Celle de la Clinique Baudeloque, entre 1895 et 1908, donne 6,7 %.

CHAMPETIER DE RIBES, entre 1890 et 1907, a observé une mortalité de 8,9 %.

COIRINT, à Strasbourg, entre 1879 et 1919, arrive à 10,3 %.

HITSCHMANN, à Vienne, publie en 1921 une statistique qui donne 7,6 % de mortalité dans les cliniques et 20 % dans la clientèle de ville.

MAYER, dans sa thèse (1933), rapportant les cas traités à la Clinique Baudeloque, entre 1920 et 1931, trouve 5,48 % de mortalité maternelle pour 146 cas.

PAUCOP et REEB, dans leur rapport du Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française de 1933, arrivent à une mortalité globale de 8,42 % pour 324 cas traités chirurgicalement par voie haute.

Soit une moyenne générale globale, pour les statistiques parues depuis 1907, de 9,57 % de mortalité maternelle.

Il est intéressant d'étudier au point de vue du pronostic maternel la différence de gravité entre les insertions latérales et les insertions centrales.

HAUCH arrive à une mortalité de 12 % dans le placenta central et de 1,2 % dans la variété latérale.

SCHAUTA relève 23 % dans le premier cas, 2 % dans le second.

HITSCHMANN, publiant en 1921 une statistique faisant état de 1.393 cas, trouve 13 % de mortalité dans la variété centrale et 3 % dans la variété latérale.

Il est donc hors de doute que l'insertion centrale est gravée d'un pronostic beaucoup plus réservé que l'insertion latéro-marginale.

MORTALITÉ FŒTALE

Si le placenta prævia est une dystocie grave pour la mère, il est infiniment plus grave encore pour l'enfant et la mortalité varie entre 40 et 70 %.

En effet, la statistique de Baudeloque de 1912 donne 44,8 % de mortalité fœtale,

Celle de M. BAR, de la même année, donne 51,6 %,

CHAMPETIER DE RIBES, 43,7 %,

COIRINT, 67,4 %.

La statistique plus récente de MAYER donne 52 % de mortalité fœtale globale et 33,6 % de mortalité d'enfants viables pesant plus de 2.000 grammes.

III

ÉTUDE DE L'HÉMORRAGIE

Le seul symptôme du placenta prævia est l'hémorragie. Elle peut apparaître à un moment quelconque de la puerpéralité : au cours de la grossesse, au cours du travail ou de la délivrance.

Dans les 60 cas qui nous occupent, nous l'avons vue survenir :

- 4 fois à 5 mois,
- 7 fois à 6 mois,
- 5 fois à 7 mois,
- 3 fois à 8 mois,
- 15 fois à 9 mois.
- 26 fois au cours de l'accouchement.

Suivant l'opinion classique, c'est, dans la majorité des cas, à la fin de la grossesse qu'apparaît l'hémorragie.

Nos chiffres confirment cette règle, puisque dans 73,3 % des cas nous l'avons vue survenir dans les trois derniers mois.

Toujours, nous avons vu cette hémorragie répondre à la description habituelle :

Elle survient brusquement et inopinément, souvent la nuit. Rien dans l'histoire clinique ne peut faire préjuger de son arrivée.

Cette hémorragie est d'abondance progressive; elle cesse spontanément, mais elle a une tendance nette à se reproduire en augmentant.

Ceci nous permet de diviser nos 60 observations en deux catégories :

1° *Les cas légers* : ou du moins, les cas qui se sont améliorés rapidement par un traitement simple.

2° *Les cas graves* : qui ont donné des inquiétudes par l'abondance de l'hémorragie initiale, ou par sa répétition. L'état général de la femme étant rapidement et profondément touché.

CAS LÉGERS OU MOYENS

Dans ce premier groupe, nous avons recueilli 40 observations.

Le plus souvent, l'hémorragie a été légère. Mais si, parfois, elle a pu paraître abondante, toujours elle a cessé rapidement avec la rupture des membranes, amenant l'engagement de la présentation.

Jamais, à l'examen de l'arrière faix, nous n'avons trouvé un petit côté des membranes supérieur à 4 cm.

Tous ces cas se sont terminés heureusement pour les mères.

CAS GRAVES

Ce sont ceux où les hémorragies ont été graves par leur abondance et par leur répétition.

Ils ont demandé la mise en œuvre d'un traitement complexe chirurgical ou obstétrical.

Ils ont été au nombre de 20 et se sont accompagnés de signes généraux importants, communs à toutes les hémorragies graves.

Ces hémorragies, avons-nous dit, nous ont donné des inquiétudes ou, par leur abondance immédiate, ou par leur répétition.

En effet :

Dans l'observation N° 1, la femme, une multipare, était entrée pour une hémorragie abondante, premier accident de sa grossesse. Cette hémorragie avait entraîné, d'emblée, un état suffisamment grave, avec un pouls progressivement rapide, 88, 100, puis 130; le faciès était pâle, la respiration rapide; il a fallu prendre d'urgence une décision opératoire.

Dans l'observation N° 3, l'hémorragie brutale et très abondante de la fin de la grossesse, est la première manifestation pathologique; elle entraîne, par sa violence, une chute brutale de l'état général qui impose l'intervention d'urgence.

Dans l'observation N° 13, la femme secondipare présente d'abord une hémorragie abondante, mais l'état général étant peu touché, on se borne à instituer un traitement simple. Cependant, le suintement sanguin reprend, et son peu d'abondance contraste avec l'atteinte brutale de l'état général, nécessitant une décision rapide.

Dans l'observation N° 9, la femme avait présenté, déjà, dans les jours précédents, de petites hémorragies croissant en abondance et en fréquence. Une nouvelle hémorragie survient qui, plus abondante, détermine un fléchissement brusque de l'état général imposant l'intervention.

Une autre femme (observation N° 11) avait présenté, depuis quelques jours, des hémorragies nocturnes, d'abord minimales, puis plus abondantes et très bien sup-

portées. Elle est amenée d'urgence dans le service pour une nouvelle hémorragie violente, celle-là, amenant une accélération du pouls à 110 et, bientôt, un état syncopal marqué, nécessitant une intervention d'urgence.

Cette histoire se renouvelle dans l'observation N° 10 mais, ici, c'est une reprise légère de l'écoulement sanguin que la femme saignée, ne peut supporter, qui va déterminer l'atteinte brutale de l'état général.

Dans ces quelques exemples, nous voyons donc bien que l'hémorragie peut être :

ou, importante d'emblée,
ou récidivante, et d'abondance progressive.

Elle a toujours entraîné une chute rapide de l'état général. Mais celui-ci, qui jusqu'à un certain moment semblait bien conservé, fléchit brutalement, par une nouvelle perte sanguine dont, parfois, l'importance minime contraste avec la gravité de l'état général.

Ces cas graves sont de beaucoup les plus intéressants. Ce sont eux qui nous occuperont, essentiellement, dans la discussion du traitement du placenta vicieusement inséré.

Telles sont donc les hémorragies dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur, dont il nous a été possible de suivre l'évolution à la Maternité de l'Hôpital Tenon.

Nous allons voir, maintenant, le traitement qui leur a été opposé.

IV.

LE TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

Nous avons fait appel au traitement obstétrical dans 51 cas, ce qui correspond à une moyenne de 85 %.

Certaines méthodes n'ont jamais été employées à la Maternité de l'Hôpital Tenon, ce sont :

Le tamponnement,

La dilatation forcée du col, soit manuelle, suivant la méthode de BONNAIRE, soit instrumentale, suivant la méthode de BOSSI.

LE TAMPONNEMENT

Nous ne ferons ici que le signaler, pour mémoire.

Son procès a été trop souvent fait par M. BAR, en particulier pour que nous insistions longuement.

En effet :

Il est mal toléré;

Il est souvent inopérant;

Il est toujours dangereux;

Il est parfois mal toléré, en raison des douleurs et de la rétention d'urine qu'il entraîne;

Il est souvent inopérant quand il masque l'hémorragie sans l'arrêter.

Mais il est surtout dangereux, car les inoculations

septiques sont presque inévitables au cours de l'intervention.

La rétention des sécrétions vaginales et des caillots dans le fond du vagin forme « un milieu de culture en vase clos » au contact de la plaie placentaire.

On comprend donc, dans ces conditions, la fréquence et la gravité des infections qui suivaient cette intervention. Elles l'ont fait peu à peu condamner.

Considéré encore par certains auteurs comme un traitement d'attente, le tamponnement vaginal, mis en place pendant un temps très court, permet le transport de la femme dans un milieu obstétrical convenable. Il doit être absolument prescrit comme traitement curatif dans nos maternités. .

LA DILATATION MANUELLE ET INSTRUMENTALE

La critique de la dilatation manuelle du col, suivant la méthode de BONNAIRE, n'est plus à faire :

Risques d'infection,

Possibilité de déchirures du col et du segment inférieur, quelque prudente qu'elle soit.

Ces critiques s'appliquent plus encore à la dilatation instrumentale, suivant la méthode de BOSSI. Plus aveugle et plus brutale, donc plus dangereuse encore que la dilatation manuelle, elle n'arrive pas à une dilatation complète.

Enfin, et c'est une objection commune aux deux techniques, au terme ultime de la dilatation on n'obtient pas

une incorporation du col au segment inférieur, c'est-à-dire la formation du *collum in situ*, sous une simple dilatation forcée du canal cervical. La résistance de celui-ci cessant avec l'élasticité des tissus.

Toutes ces raisons ont fait abandonner ces méthodes à la Maternité de Tenon.

En somme :

La rupture large des membranes,

Le ballon de CHAMPETIER,

La version,

furent seuls couramment employés.

Enfin, nous rapportons deux cas dans lesquels on a pratiqué le décollement du placenta et son extraction avant l'enfant, suivant la méthode de SIMPSON.

Nous allons étudier successivement ces différents procédés en recherchant :

La fréquence relative dans laquelle ils ont été pratiqués ;

Les conditions anatomiques ;

Les circonstances cliniques qui ont motivé leur emploi ;

Les résultats maternels ;

Les résultats fœtaux pour chacune des méthodes employées.

I. — LA RUPTURE LARGE DES MEMBRANES

La rupture large des membranes a été préconisée depuis longtemps. Elle reste une des méthodes de choix, un des procédés le plus employé dans le traitement du placenta prævia.

FRÉQUENCE

C'est le procédé qui fut le plus souvent mis en œuvre à la Maternité de Tenon, car plus des 2/3 des hémorragies dues au placenta prævia furent traitées par la rupture large des membranes. En effet, sur les 60 cas qui nous occupent, on a pratiqué cette intervention 41 fois, ce qui correspond à une moyenne de 70 %.

CONDITIONS ANATOMIQUES

Les conditions anatomiques dans lesquelles ont fit appel à ce procédé sont intéressantes à étudier.

Au sujet de l'œuf : c'est la variété d'insertion placentaire,

Au sujet de l'utérus : c'est l'état du col, son degré de dilatation ou d'effacement.

a) *Variétés d'insertion placentaire.*

La rupture des membranes a été employée principalement dans l'insertion latérale. On la retrouve, en effet,

30 fois sur 41, ce qui correspond à un pourcentage d'environ 76 %.

L'insertion marginale a été retrouvée 9 fois, soit 20%.

L'insertion centrale partielle, 2 fois, soit 4%.

b) *Etat du col.*

Nous n'avons pratiqué la rupture des membranes que sur un col déjà dilaté, ou effacé, et largement perméable.

Enfin, comme nous allons le voir, il s'agissait le plus souvent d'un col de multipare plus facilement dilatable.

CIRCONSTANCES CLINIQUES

Les antécédents :

Dans les 41 cas que nous rapportons, nous avons eu à faire :

8 fois à une	primipare;
13 —	secondipare;
3 —	tertipare;
10 —	quartipare;
6 —	grande multipare.

L'hémorragie avait été le plus souvent légère ou moyenne et les signes généraux n'étaient pas inquiétants.

Au point de vue de la grossesse en cours, 29 femmes étaient à terme ou aux environs du terme.

Enfin, *l'examen physique* a montré, dans tous les cas :

Un col dilaté ou largement perméable;

Des membranes facilement accessibles.

RÉSULTATS

I. — *Les résultats maternels*

Les résultats maternels de la rupture large des membranes sont excellents, puisque 39 fois, cette intervention fut suffisante à elle seule pour arrêter l'hémorragie.

Les échecs :

Mais, 2 fois, on fut obligé de faire appel à un traitement complémentaire pour terminer l'accouchement. Ce fut, toutes les fois, un traitement obstétrical.

L'une de ces femmes (observation 1951, année 1932), âgée de 20 ans, secondipare, était enceinte de 5 mois 1/2 environ et, admise depuis deux jours dans le service pour hémorragie légère. Cette hémorragie avait cessé rapidement par le repos. Mais elle reprend abondante, le 13 décembre 1932, à 23 h. 30. Le col étant dilaté comme 2 francs, on pratique la rupture artificielle des membranes. Après la rupture, la présentation ne s'engage pas et le suintement sanguin continue légèrement. La dilatation devenant suffisante, on pratique l'extraction du fœtus, suivie d'une délivrance artificielle immédiate. Il s'agissait d'une insertion marginale.

Dans la deuxième observation (N° 4), on avait à faire à une femme qui présentait un état d'anémie marqué après plusieurs hémorragies. On pratique alors la rupture large des membranes, mais celle-ci n'arrête par les pertes de sang, et l'anémie s'accroît. On place alors un ballon de 250 gr., mais la femme continue à saigner légèrement, et son état s'aggravant rapidement, malgré une transfusion sanguine, on décide de terminer l'ac-

couchement par une version. On extrait un enfant mort, la masse placentaire s'expulsant avant l'enfant. L'hémorragie, bien que l'utérus soit complètement vide, reprend légèrement après l'accouchement, et la femme meurt, malgré une nouvelle transfusion, pratiquée *in extremis*.

La mortalité :

Nous avons donc eu à déplorer un décès de femme. Ce qui correspond à une mortalité de 2,5 %.

Ce chiffre est comparable à ceux que nous rapportent les auteurs puisque, PAUCOT et REEB, dans leur rapport au dernier Congrès d'obstétrique, faisant état d'une statistique de 250 cas, trouvent une mortalité de 2,4 %.

La morbidité :

La morbidité maternelle a été relativement basse, car, sur les 42 cas, nous n'avons observé que deux fois des suites de couches pathologiques, ce qui correspond à une moyenne de 5 %.

Il s'agissait :

Une fois, d'une métrite purulente, ayant nécessité un drainage de la cavité utérine. Après huit jours de température oscillante, les accidents ont cessé et la femme est sortie de l'hôpital au bout d'un mois.

Une fois, d'une phlegmatia ayant demandé une hospitalisation de 70 jours.

Ce résultat est très favorable puisque PAUCOT et REEB, dans la statistique que nous rapportons plus haut, arrivant à une morbidité maternelle de 10,4 %.

II. — *Les résultats fœtaux*

La mortalité fœtale a été très élevée. En effet, sur les 41 cas traités, nous avons observé 15 décès d'enfants. Ceci correspond à une mortalité brute de 29,2 %.

La moyenne donnée au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, par les rapporteurs, est analogue à nos chiffres, puisque, sur 200 cas, ils ont obtenu une mortalité de 34,5 %.

En réalité, ceci ne nous éclaire guère sur l'importance de la prématurité dans tous ces décès d'enfants.

Il est donc plus intéressant de rechercher la mortalité des enfants de plus de 1.800 gr. C'est-à-dire de ceux qui ont réellement des chances de survivre. Nous arrivons alors à 7 décès sur 36, soit une mortalité expurgée de 19,4 %.

MAYER, dans sa thèse, rapportant les résultats de la Clinique Baudeloque, trouve 17 morts sur 62 enfants de plus de 2.000 grs, soit une mortalité expurgée de 27 % et une mortalité brute de 44,5 %.

En somme, nous voyons que la rupture large des membranes nous a donné, dans le traitement de l'insertion basse du placenta, des résultats favorables et comparables à ceux qui ont été précédemment publiés. Exception faite, cependant, de la morbidité maternelle où nos chiffres sont nettement inférieurs à la moyenne.

En effet :

La mortalité maternelle a été de 2,5 % ;

La morbidité maternelle a été de 5 % ;

La mortalité infantile expurgée, de 19,4 %.

De ce qui précède, nous allons pouvoir tirer des indications opératoires de cette rupture large des membranes.

On la pratiquera lorsque :

L'état général de la femme est encore bon.

L'hémorragie pas trop abondante.

Le col souple dilaté ou facilement perméable.

Les membranes facilement accessibles.

Le placenta en position latéro-marginale.

II. — LES OPERATIONS OBSTETRIQUES

Ballon de CHAMPETIER DE RIBES.

Version avec ou sans extraction immédiate.

Décollement manuel du placenta suivant la méthode de SIMPSON.

FRÉQUENCE

Les opérations obstétricales ont été employées 12 fois sur 60 cas rapportés, ce qui correspond à une moyenne de 20 %.

Cette proportion est à peu près analogue au pourcentage rapporté dans la thèse de Maurice MAYER où il est de 18,5 %.

CONDITIONS ANATOMIQUES

Comme dans le chapitre précédent, nous étudierons successivement :

Le mode d'insertion du placenta,

L'état de dilatation du col.

a) *Mode d'insertion du placenta :*

Nous avons eu à faire, ici, dans la majorité des cas, à un placenta central, puisque :

7 fois sur 12 nous avons trouvé ce mode d'insertion,
5 fois il s'agissait d'un placenta en variété marginale.

Nous signalerons encore que si, 10 fois, une opération obstétricale fut tentée d'emblée, 2 fois elle fut faite pour compléter la rupture des membranes insuffisante à elle seule; l'état de la femme étant compromis par une reprise de l'hémorragie.

TRAITEMENTS EMPLOYÉS :

a) **Ballon de Champetier de Ribes :**

Le ballon de CHAMPETIER fut employé 7 fois.

Les résultats sont assez médiocres, puisque 3 fois seulement il arrêta l'hémorragie et permit un accouchement spontané. Dans les 4 autres cas, des interventions complémentaires furent nécessaires.

Une de ces femmes (Observation n° 1), entrée avec des signes de choc violent, présentait une hémorragie très abondante. Après introduction d'un ballon, elle continuait à saigner, son état général ne se remontant pas, on décide alors d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible. On détermine le décollement du placenta et on l'extirpe, puis on pratique l'extraction du siège, sans difficulté, ainsi que des épaules. Mais on éprouve des difficultés pour la tête dernière. On fait alors la décollation, puis une cranioclasie sur la tête restée seule. On extrait immédiatement le sac membraneux. Guérison.

Dans l'observation 920 (année 1932), la pose d'un ballon de CHAMPETIER n'avait pas arrêté l'hémorragie. Il avait été expulsé assez rapidement. La femme étant à dilatation presque complète, on termine l'accouchement

par une version podalique, suivie de délivrance artificielle immédiate. Guérison.

Nous avons vu, au chapitre précédent, l'observation n° 4 dans laquelle un ballon fut employé comme complément de la rupture des membranes, et n'arrêta pas l'hémorragie. Une version n'empêcha d'ailleurs pas l'issue fatale.

Enfin, l'observation n° 13 marque, elle aussi, un échec de la méthode. On dut terminer par une hystérectomie. Nous rapportons ce cas plus loin, à l'étude des moyens chirurgicaux.

b) La version :

Nous avons employé 8 fois la version.

Trois fois, nous l'avons vu, elle a complété le traitement par le ballon de CHAMPETIER.

Cinq fois, elle fut faite d'emblée.

Dans un cas, on dut la compléter par un décollement manuel du placenta, suivant la méthode de SIMPSON, et la faire suivre d'une décollation avec cranioclasie sur la tête restée seule.

Une fois, elle se termina par la mort de la femme. Il s'agissait d'une malade (Observation n° 6), âgée de 31 ans, amenée d'urgence à la Maternité de l'Hôpital Tenon, pour une hémorragie très abondante, ayant touché sérieusement l'état général. L'examen décelait une grossesse arrivée aux environs du terme. Le travail était très avancé, la dilatation presque complète, les membranes intactes, le placenta en position centrale partielle. On décida de terminer le plus rapidement possible l'accouchement par voie basse et l'on pratiqua une

version podalique, suivie d'une délivrance artificielle immédiate. Au cours des manœuvres, l'hémorragie s'accrut, devint très abondante, et la femme mourut aussitôt la délivrance, avant que l'on ait pu tenter un tamponnement utérin.

c) Le décollement manuel du placenta suivant la méthode de Simpson.

Cette méthode fut employée deux fois.

Une fois pour compléter une pose de ballon.

Une fois pour permettre la version.

L'intervention s'est terminée, chaque fois, par la guérison de la femme. Mais, naturellement, l'enfant fut sacrifié.

RÉSULTATS :

Nous verrons successivement :

1° Les résultats maternels ;

2° Les résultats fœtaux.

I. — *Résultats maternels*

La mortalité :

Nous avons eu un décès sur onze opérations obstétricales employées dans le traitement du placenta prævia. Cette mort survint par anémie après version avec extraction immédiate, la femme étant arrivée dans un

état extrêmement grave, après plusieurs hémorragies faites en ville.

Cela correspond à un pourcentage de 9,1. %. MAYER apportant une statistique portant sur 27 cas, trouve une mortalité de 18,7 %.

Nos chiffres correspondent à peu près au pourcentage donné par PAUCOT et REEB dans leur rapport, puisqu'ils indiquent une mortalité variant entre 8,47 et 13,57 %, suivant la méthode employée.

La morbidité :

Les complications des suites de couches, après les interventions obstétricales pour placenta prævia, sont classiquement nombreuses et la morbidité très élevée, atteint 34,66 % d'après les auteurs précédents.

Or, ces complications furent, pour nous, l'exception puisque, une seule fois, nous avons observé une température n'ayant jamais dépassé 38 (observation 920, année 1932), durant 4 jours, n'ayant présenté aucun caractère inquiétant et ne prolongeant d'ailleurs pas le séjour de la femme à l'hôpital.

Ces complications des suites de couches ont donc été réduites au minimum, et représentent une moyenne de 10 %.

II. Résultats fœtaux

La mortalité infantile a été, au contraire, très élevée sans pour cela dépasser les chiffres moyens donnés par les auteurs.

9 enfants sont morts sur 11, ce qui correspond à une mortalité brute de 81,8 %.

Si l'on considère comme dans le chapitre précédent,

la mortalité des enfants viables de plus de 1.800 gr., nous trouvons 4 enfants morts pour 6, soit une mortalité expurgée de 66,6 %.

Ceci correspond donc aux moyennes données par PAUCOT et REEB, puisqu'ils arrivent, pour les interventions chirurgicales, à des mortalités variant entre 61,75 % et 83,60 %, suivant la technique employée.

MAYER donne comme mortalité d'enfants viables de plus de 2.000 grs 75 %, et une mortalité brute de 85 %.

La mortalité infantile expurgée est donc, dans tous les cas, très élevée.

En résumé, nos chiffres sont, ici encore, superposables aux chiffres moyens donnés par les statistiques récentes ; exception faite, comme dans le chapitre précédent, de notre pourcentage de morbidité maternelle, beaucoup plus faible puisque nous trouvons :

Une mortalité maternelle de 9,1 % ;

Une morbidité maternelle de 10 % ;

Une mortalité infantile expurgée de 66,6 % ;

et, de ce qui précède, nous pouvons conclure que le pronostic maternel de ces interventions est grave, étant donné la possibilité d'une hémorragie qui résiste aux moyens obstétricaux, et surtout d'une reprise de cette hémorragie au moment de la délivrance ou après l'accouchement. La femme ne peut alors faire les frais d'une nouvelle perte de sang et la mort survient.

V

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

I. — Césarienne suprasymphysaires

II. — Hystérectomie

Nous n'avons jamais vu employer à la Maternité de l'Hôpital Tenon, pour le traitement du placenta prævia, ni l'opération de PORRO, ni la césarienne corporéale, ni la césarienne vaginale.

Fréquence :

Les hémorragies traitées chirurgicalement sont au nombre de 9. Ceci correspond à un pourcentage de 15 % sur le nombre total des hémorragies traitées.

Si nous nous rapportons aux chiffres donnés dans le rapport du dernier Congrès d'Obstétrique, nous voyons que ce pourcentage est très différent, suivant les auteurs, puisqu'il varie de 0,93 %, pour FRUHINSHOLTZ, à 100 % pour PHANEUF. Quoiqu'il en soit, PAUCOT et REEB, constatent que les accoucheurs français ont recours à l'intervention chirurgicale, dans une moyenne de 20 % des cas, environ; nous sommes donc nettement inférieurs à ce chiffre.

Mais les accoucheurs étrangers font appel aux méthodes chirurgicales, beaucoup plus fréquemment encore, puisqu'ils arrivent à une proportion de plus de 45 %.

Nous diviserons ces 9 cas, en deux groupes :

- 1° Les cas ayant reçu, d'emblée, le traitement chirurgical.
- 2° Les cas ayant reçu un traitement chirurgical secondaire, à une intervention obstétricale.

I. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL D'EMBLÉE

Les observations sont au nombre de 8.

LES CONDITIONS ANATOMIQUES

a) *Variétés d'insertions placentaires :*

L'accès aux membranes a pris, dans tous ces cas, une importance capitale dans la conduite du traitement qui a été suivi.

Dans les 8 observations que nous rapportons, il s'agissait de placenta centraux.

5 fois, on avait à faire à un placenta central total,

3 fois, à une insertion centrale partielle.

b) *Etat du col :*

L'état du col a eu, lui aussi, une influence nette sur la nature du traitement instauré.

Dans tous les cas, l'accessibilité au pôle inférieur de l'œuf était médiocre. Le col était long, souvent scléreux.

LES CIRCONSTANCES CLINIQUES

Antécédents :

Deux fois, on eut à faire à une primipare.

Dans tous les autres cas, il s'agissait de multipares.

Une secundipare.

Une quartipare.

Deux sextipares.

Une septipares.

Une grande multipare (13^e grossesse).

Histoire clinique : L'Hémorragie.

a) *Les hémorragies de la gestation :*

2 fois, on s'est trouvé en présence d'une hémorragie de la gestation, suffisamment abondante, pour entraîner un état général si grave, que l'indication de l'hystérectomie d'urgence s'est posée. (Dans un cas, il s'agissait d'ailleurs d'une femme ayant eu 5 enfants encore vivants.) L'hémorragie, qui avait amené ces femmes à l'hôpital, avait été précédée d'une série d'hémorragies abondantes ayant déjà entraîné une anémie profonde.

b) *Les hémorragies du travail :*

Le plus souvent, il s'agissait d'hémorragies du travail.

Dans deux cas, l'hémorragie brutale et massive, déterminant rapidement un état général sérieux, était le premier accident de la grossesse en cours. Cette perte de sang, particulièrement abondante, est apparue avec les premières douleurs, tout au début du travail.

Une de ces femmes était une primipare, son col était en voie d'effacement et perméable.

Dans les deux autres cas, la nécessité d'aller très vite, en raison de l'abondance de l'hémorragie, et de l'état de choc de la malade, a fait choisir la voie haute.

4 fois, il s'agissait de femmes ayant saigné, dans les jours précédant le travail. Chez ces femmes, déjà anémiées, l'hémorragie se reproduisit avec les premières douleurs, lorsque le col entra en voie d'effacement et commença à se dilater. Elle augmenta à mesure que le décollement du placenta se poursuivait. L'état général de ces malades s'aggravait rapidement, d'autant plus qu'elles avaient déjà subi des pertes de sang considérables.

c) *Les hémorragies de la délivrance :*

En règle générale, l'utérus évacué, l'hémorragie s'arrête. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, comme le montre une de nos observations.

Ces hémorragies sont d'une particulière gravité, car la femme fortement anémiée, ne peut plus faire les frais d'une nouvelle perte de sang, si minime soit-elle.

Mais, ici, l'intervention chirurgicale fut secondaire au

traitement obstétrical. Nous rapportons l'observation au chapitre suivant.

Enfin, dans aucun cas, nous n'avons eu affaire aux dystocias complexes : dystocias osseuses ou tumorales, associées au placenta prævia constituant pour les premiers auteurs français, qui ont adopté le traitement chirurgical, la seule indication de l'intervention par voie haute.

Etat des enfants.

Une fois, l'enfant n'était pas viable (Grossesse de 6 mois).

Une fois, les bruits du cœur n'ont pas été perçus avant l'intervention.

Dans les autres cas, l'enfant était vivant, et à terme, au moment où l'on s'est décidé à intervenir.

Nous verrons plus loin ce qu'ils sont devenus.

LES INTERVENTIONS ET LES RÉSULTATS OBTENUS

I. — La césarienne supra-symphysaire

La césarienne supra-symphysaire fut pratiquée 5 fois :

1 fois chez une primipare.

4 fois chez des multipares.

Sur ces 5 cas, nous avons eu à déplorer un échec : la primipare est morte, le quatrième jour.

Il s'agissait d'une femme âgée de 25 ans, entrée d'urgence pour une hémorragie brutale. Le col n'était pas dilaté, mais en voie d'effacement.

L'état général était très touché, on pratiqua la césarienne supra-symphysaire par les procédés classiques. Ce fut une opération sans incidents. Cependant, le soir même de l'intervention, la température commença à s'élever progressivement, le pouls était extrêmement rapide et la femme mourut le quatrième jour, avec une température à 41, et un pouls à 140, en pleine septicémie.

Dans les 4 cas favorables, la morbidité a été nulle. Alors que les auteurs font état d'un pourcentage moyen très élevé atteignant 50,74 %, nous retrouvons, ici, les résultats très favorables que nous avons déjà signalés pour les procédés obstétricaux.

Une seule fois, dans les suites opératoires, nous avons observé une température qui, montant à 38,2 immédiatement après l'intervention, a mis 7 jours pour retomber à la normale, sans jamais dépasser 38,4.

Dans aucun cas, nous n'avons eu de complications de supuration de la plaie, d'infection localisée ou de phlébites, si souvent signalées.

Mortalité infantile :

Sur ces 5 césariennes, nous avons perdu un enfant. Sa courbe de poids fut continuellement descendante, et il est mort le douzième jour dans un syndrome d'atrespie.

En résumé :

La césarienne supra-symphysaire nous a donné les résultats suivants :

Une mortalité maternelle de 20 %.

Une morbidité maternelle nulle.

Une mortalité fœtale de 20 %.

MAYER dans sa thèse, rapportant 9 césariennes basses, pratiquées à la clinique Baudeloque, trouve une mortalité maternelle de 22,2 %, une morbidité maternelle de 22,2 % et une mortalité d'enfants viables de plus de 2.000 grs de 12,5 %.

Ces résultats, comme les nôtres, montrent un chiffre de mortalité maternelle nettement au-dessus de la moyenne admise par les auteurs français, qui est de 4 %. Mais, comme il le fait observer, ce chiffre s'entend pour les césariennes pratiquées dans les meilleures conditions, rétrécissement du bassin chez des femmes ni infectées, ni anémiées.

Dans les cas d'hémorragie par placenta prævia, l'infection, comme nous l'avons vu, se produit fréquemment au niveau des sinus utérins contaminés par leur ouverture dans le foyer septique vaginal.

II. — *Les hystérectomies*

L'hystérectomie pour placenta prævia a été pratiquée trois fois dans ce groupe.

Deux fois, il s'agissait d'hémorragies de la gestation.

Une de ces femmes, sixième pare, était enceinte de 6 mois. On fit l'hystérectomie d'urgence, sans manœuvres préalables, devant la gravité de l'état général entraînée par l'hémorragie massive.

L'autre était une primipare, âgée de 29 ans (Obs. 15). Les hémorragies ont été récidivantes et abondantes. On décida d'intervenir devant l'état grave de la femme.

Une fois, il s'agissait d'une hémorragie du travail, l'hystérectomie fut décidée à la suite d'un incident opératoire survenu au cours d'une césarienne supra-symphysaire (Rupture d'une grosse varice utérine, déterminant une hémorragie très abondante, impossible à arrêter). L'opération se termina par la guérison de la femme.

Une de ces femmes est morte (Obs. 15). Il s'agissait de la primipare, âgée de 29 ans. Cette femme présentait une grossesse de 6 mois 1/2. Depuis 8 jours, elle avait eu des hémorragies de plus en plus abondantes. Devant le désir de la femme d'avoir un enfant vivant, on avait différé l'opération. A la suite d'une hémorragie plus abondante, on décida d'intervenir chirurgicalement après une transfusion préopératoire.

Une erreur de groupe sanguin détermina un choc violent, la malade présenta des signes d'insuffisance hépatique. Devant la reprise des hémorragies utérines, l'état de la femme s'étant légèrement amélioré, on pratiqua une hystérectomie, mais la femme mourut six jours après dans un syndrome d'insuffisance hépatique suraiguë.

Ce décès n'est donc pas à mettre sur le compte de la méthode chirurgicale, mais il est dû à un choc de transfusion sanguine survenu à la suite d'une erreur de groupe.

II. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL SECONDAIRE A UNE INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Nous avons dû, une fois, en présence d'un échec du traitement obstétrical (reprise de l'hémorragie après la délivrance) pratiquer une hystérectomie.

Il s'agissait d'une femme (Observation n° 13), âgée de 19 ans, secundipare, enceinte de 6 mois 1/2, arrivée à l'hôpital avec une dilatation de 1 franc, dans un état d'anémie aiguë.

On pratiqua d'abord une rupture large des membranes qui sembla arrêter l'hémorragie. Celle-ci ayant tendance à reprendre, on introduisit un ballon de 200 cmc. L'écoulement de sang continuant légèrement, et la dilatation étant insuffisante, on enleva le ballon, et l'on pratiqua l'extraction du fœtus.

Après délivrance artificielle immédiate, l'hémorragie continuant légèrement, l'état général s'aggrava très rapidement, bien que la quantité de sang évacuée fût minime. L'intervention chirurgicale fut pratiquée, après que l'état de la malade eut été légèrement remonté par une transfusion abondante; l'hystérectomie amena guérison de la femme.

A l'examen de la pièce enlevée, on ne trouva ni rupture, ni fissure du segment inférieur; on peut donc, logiquement, mettre cette hémorragie sur le compte d'une

atonie utéro-segmentaire dont on sait la particulière gravité.

Tels sont les résultats obtenus à la Maternité de l'hôpital Tenon, dans le traitement du placenta vicieusement inséré sur le segment inférieur, par la méthode chirurgicale.

Nous allons essayer maintenant de déduire de ces observations les indications opératoires.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

I. — L'Hémorragie

Nous envisagerons différemment, comme cela se présente en clinique, les hémorragies de la gestation, du travail, et de la délivrance, au point de vue des indications du traitement chirurgical.

A. — HÉMORRAGIES DE LA GESTATION

Elles mettent rarement en danger la vie de la femme. Cependant, dans quelques cas, en présence d'une hémorragie très abondante, on est obligé d'intervenir d'urgence. Le traitement chirurgical s'impose alors, d'autant plus que ces pertes de sang mettent la femme en mauvaise condition pour supporter une hémorragie, même minime, au cours du travail ou de la délivrance.

D'autre part, il faut aider ces femmes anémiées à supporter le choc opératoire, la perte de sang même minime qui va résulter de l'intervention. Pour cela, nous disposons d'un excellent moyen, la transfusion préopératoire, dont on a usé largement à la Maternité de Tenon.

Pour fixer le moment de l'intervention, nous disposons des signes classiques de l'hémorragie grave :

Le pouls en permanence, au-dessus de 100 ;

Le nombre des globules rouges au-dessous de 3 millions, ou le taux de l'hémoglobine, au-dessous de 35 % pour DEVRAIGNE.

Dans tous les cas d'anémie prononcée, les procédés obstétricaux sont trop lents, la méthode chirurgicale est la méthode de choix.

Il en est de même, lorsque la poche des eaux est rompue, que l'hémorragie continue, la femme étant en menace, ou en état d'infection ovulaire. Mais, dans ce dernier cas, il est prudent de réserver le pronostic devant la possibilité d'infection sanguine, et de craindre des complications veineuses ou septicémiques, et c'est là une indication aux opérations mutilatrices.

B. — LES HÉMORRAGIES DU TRAVAIL

a) *Les hémorragies du début du travail :*

Parfois, une hémorragie unique et massive survient avec les premières douleurs. L'état du col ne permet pas le traitement obstétrical trop lent. Il faut aller très vite, de l'avis de tous les auteurs, le traitement chirurgical s'impose.

Dans d'autres cas, la femme est déjà anémiée par des hémorragies, à répétitions, de la gestation. Il s'ajoute souvent à l'hémorragie des risques supplémentaires d'infection par rupture prématurée de la poche des eaux. Le travail à peine au début, le col, en voie d'effacement est à peine perméable, la solution chirurgicale est la plus rapide, et semble la plus sûre.

b) *Lorsque le travail est plus avancé :*

Les opérations obstétricales reprennent de la valeur.

Si la dilatation est entre 50 centimes et 5 fr. et les membranes facilement accessibles, la rupture large des membranes donne de très bons résultats. Donc, ce n'est qu'en cas d'échec, ou si les membranes ne sont pas accessibles que l'indication de l'intervention chirurgicale se pose.

c) *A la phase terminale de la dilatation du col :*

Lorsque la dilatation a largement dépassé 5 fr., les indications de l'intervention chirurgicale sont beaucoup plus rares. Seul le cas d'anémie aigüe, lorsque la femme ne peut plus faire les frais de nouvelles hémorragies au cours de l'accouchement ou de la délivrance, pose l'indication nette de l'intervention chirurgicale.

C. — LES HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE :

Enfin, parfois, nous l'avons vu, après évacuation totale de l'utérus, une nouvelle hémorragie peut survenir.

Le danger de ces hémorragies est considérable, elles vont entraîner fréquemment la mort de la femme, déjà saignée, même lorsqu'elles sont minimales.

Ces hémorragies sont sous la dépendance de fissures ou de ruptures utéro-segmentaires, ou d'atonie du segment inférieur. Elles peuvent poser une indication opératoire formelle, mais il faut savoir, comme nous le verrons plus loin, que dans ces cas, c'est une opération mutilatrice qui s'impose.

II. — La variété d'insertions placentaires

L'indication opératoire se pose, surtout en présence d'un placenta central. Mais moins en face d'un placenta central partiel, s'accompagnant d'un col souple et effacé, qui permet l'accès aux membranes, qu'en présence d'un placenta central total, qui, pour la majorité des auteurs, est une indication absolue du traitement chirurgical.

III. — L'état du col

La longueur du col, sa perméabilité, sa souplesse, à degré égal d'hémorragies, peuvent poser des indications opératoires.

Si le col est long ou scléreux, non perméable et l'hémorragie abondante, la nécessité de l'intervention chirurgicale s'impose.

Si, au contraire, on a affaire à un col souple, perméable ou déjà dilaté, si l'état général est bon, les indications sont moins nettes.

IV. — L'échec du traitement obstétrical

L'échec du traitement obstétrical pose une indication opératoire formelle.

V. — L'état général de la femme

1° *L'anémie :*

Nombre d'opérations sont commandées par l'état d'anémie aigüe, l'impossibilité dans laquelle la femme se trouve de faire les frais d'une nouvelle hémorragie, et la nécessité d'aller très vite. Dans ce cas, l'intervention mutilatrice : l'hystérectomie est certainement la solution la plus rapide.

2° *L'infection associée à l'hémorragie :*

Lorsque la poche des eaux a été rompue prématurément, et que le travail ne s'est pas nettement déclaré, l'hémorragie continuant, la femme peut présenter une menace ou même un début net d'infection.

L'indication opératoire va se poser et, à ce propos, nous insisterons sur le danger d'une intervention conservatrice dans ces cas, ici encore, c'est l'hystérectomie la solution la plus sûre.

3° *Enfin dans quelques cas :*

Un état général particulier :

Une femme asthénique, ou obèse, supportant mal l'hémorragie, ou bien une femme dont le foie et les reins sont touchés, ou bien l'association de l'insertion vicieuse et d'une intoxication gravidique, peuvent poser une indication formelle d'opérer.

VI. — Les dystocies complexes

Les dystocies complexes : dystocies osseuses ou tumorales, associées à un placenta prævia, vont commander un traitement chirurgical, c'était même là, la seule indication que reconnaissaient à la chirurgie les premiers accoucheurs français qui ont accepté le nouveau traitement.

De 1900 à 1907, 4 cas seulement de placenta prævia ont été opérés en France et, toutes les fois, il s'agissait d'une dystocie complexe.

En dehors de ces cas, la mauvaise qualité du muscle utérin :

Utérus cordiforme ou à parois minces.

Utérus bourré de fibromes.

Utérus flasque et mou des grandes multipares se rétractant mal, et prédisposant aux hémorragies de la délivrance

vont poser, à leur tour, des indications opératoires.

VII. — Le souci de l'enfant

Il est unanimement admis que l'intervention chirurgicale est infiniment moins meurtrière pour le fœtus que les opérations obstétricales.

Cependant, la prématurité ou la mort de l'enfant ne contre-indiquent nullement l'intervention chirurgicale.

LE CHOIX DES INTERVENTIONS ET LES INDICATIONS PROPRES A CHACUNE D'ELLES

Nous avons déjà dit que nous n'avions pu pratiquer à la Maternité de l'hôpital Tenon, que des césariennes basses et des hystérectomies. Nous signalerons cependant, en passant, les indications propres aux autres interventions chirurgicales qui peuvent être employées dans le traitement du placenta prævia.

A. — LES HYSTÉROTOMIES

I. — La césarienne basse

La césarienne basse transpéritonéale constitue à l'heure actuelle, le procédé de choix. C'est grâce à elle, que le traitement chirurgical du placenta vicieusement inséré a pu prendre l'essor qu'il a aujourd'hui.

Les péritonites secondaires sont beaucoup moins à craindre qu'autrefois, grâce à la péritonisation parfaite, et à la solidité des sutures.

Les ruptures utérines au cours d'une autre grossesse deviennent l'exception.

Cependant, il faut savoir que la césarienne basse ne met pas à l'abri de :

La reprise de l'hémorragie après évacuation de l'utérus. Cet accident, s'il s'agit d'une femme saignée à blanc, peut entraîner une mort rapide.

Le risque de l'infection. En effet, si la césarienne basse constitue une amélioration considérable à ce point de vue sur la césarienne corporéale, le risque de la péritonite secondaire persiste.

Ce risque est, d'ailleurs, très difficile parfois à apprécier, car, s'il existe des cas faciles s'accompagnant déjà d'une température élevée, il est, au contraire, des cas très difficiles où seule la notion de touchers intempestifs et répétés, d'infections antérieures, pourront donner l'éveil et éviter une opération conservatrice dont la gravité serait alors très grave pour la mère.

II. — La césarienne corporéale classique

C'est la première intervention chirurgicale qui a été employée dans le traitement du placenta prævia. Mais, si elle donnait de très bons résultats pour les enfants, elle donnait, au contraire, des résultats beaucoup plus mauvais pour les mères. Elles les exposait, en effet, à un risque essentiel : l'infection péritonéale.

C'est ce qui, peu à peu, l'a fait abandonner par la majorité des accoucheurs, alors que quelques-uns, pour réduire ces risques, proposaient un drainage à la MIKULICZ.

Quant à l'opération de PORTES, elle ne fut pratiquée qu'une fois, par M. COUVELAIRE.

III. — L'hystérotomie vaginale

L'opération de DUHRSSSEN acquit une certaine vogue en Allemagne, à la suite des travaux de BUMM, et surtout de DODERLEIN qui, en 1922, publia une statistique avec 161 cas.

En France, la césarienne vaginale fut peu pratiquée. Seuls MM. BRINDEAU et JEANNIN, l'employèrent plusieurs fois.

Dans la discussion qui suivit le rapport du dernier Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, M. BRINDEAU dit, en parlant de l'hystérotomie vaginale :

« Quoique partisan de cette excellente opération, nous l'avons employée rarement dans les hémorragies par placenta prævia. Pratiquée trois fois, elle a donné une mortalité nulle, pour les mères, et une mortalité foétale de 2 sur 3 (Fœtus petit et prématuré). D'après nous, cette intervention est réservée aux cas dans lesquels la grossesse est peu avancée. »

B. — LES HYSTÉRECTOMIES

Les indications des hystérectomies ne sont faites que des échecs, ou des contre-indications, du traitement conservateur. Nous allons essayer de les résumer :

I. — *L'état général de la malade :*

L'anémie aigüe ne permettant plus une nouvelle perte de sang sans danger, et imposant une hémostasé rapide.

L'infection souvent associée à l'anémie.

II. — *L'existence d'une complication :*

Hémorragie grave au cours de l'intervention, obstétricale, chirurgicale, conservatrice.

Hémorragie de la délivrance survenant chez une femme saignée et susceptible d'entraîner rapidement la mort.

La présence de fibromes.

L'existence d'adhérences intimes du placenta compliquant l'hémorragie.

III. — *Les antécédents de la femme :*

L'existence d'une dystocie osseuse, ayant nécessité déjà des césariennes antérieures.

TECHNIQUE A EMPLOYER :

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'hystérectomies subtotaux, suivies ou non de drainage.

Dans certains cas gravement infectés, où, dans lesquels l'anémie intense ne permet plus à la femme une nouvelle perte de sang, l'hystérectomie en bloc, plus rapide, sera préférée.

L'opération de PORRO, qui présente de graves inconvénients dans les suites opératoires, et l'hystérectomie totale, ont été peu employées.

VI

ÉTUDE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Sur les 60 cas d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, traités à l'hôpital Tenon, nous avons vu 4 morts.

L'étude critique de ces 4 observations va nous permettre de connaître la cause exacte des décès, et de savoir si l'application d'un autre traitement eut permis de meilleurs résultats.

Ces 4 morts se divisent ainsi :

Une mort après rupture large des membranes,

Une mort après version,

Une mort après césarienne supra-symphysaire,

Un cas est à mettre complètement à part, la mort survint après hystérectomie, mais elle fut due, en réalité, à un choc de transfusion.

I. — LA MORT APRÈS RUPTURE LARGE DES MEMBRANES

Il s'agissait d'une femme entrée à l'hôpital après une hémorragie, et avec un bon état général. Mise en observation, brusquement on vit survenir une perte de sang abondante. Les membranes étant accessibles, la dilatation à 2 Frs, on pratique la rupture large des membranes, celle-ci n'arrête pas l'hémorragie. On place alors un ballon, malgré cela l'hémorragie persiste et l'état général s'altère. La dilatation étant presque complète,

on fait une version, suivie d'extraction immédiate, mais la femme meurt au cours d'une nouvelle transfusion.

Dans ce cas, la mort survint très près de la délivrance une hystérectomie eut été alors impossible.

Mais il est bien probable que l'opération chirurgicale d'emblée eut amené un meilleur résultat.

II. — LA MORT APRÈS VERSION

Il s'agissait d'une femme entrée d'urgence à la Maternité de Tenon, avec une hémorragie extrêmement abondante, entraînant un état général très grave. La dilatation étant presque complète, on pratiqua après transfusion sanguine abondante, une version podalique avec extraction et délivrance artificielle immédiates. La femme mourut aussitôt après la délivrance, avant que l'on ait pu tenter un tamponnement utérin.

Dans ce cas, l'hystérectomie a été impossible après la délivrance, mais si cette intervention avait été pratiquée d'emblée avant d'avoir tenté la moindre manœuvre obstétricale, la rapidité de l'hémostase chirurgicale aurait, peut-être, sauvé la femme.

III. — MORT APRÈS CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE

Nous avons eu une mort après une opération césarienne, elle est imputable à la septicémie.

Il s'agissait d'une primipare jeune, ayant beaucoup saigné. L'état général était très touché, le col perméable et effacé, le placenta central, les membranes intactes.

On décida l'intervention ; après avoir remonté la malade par une injection sous-cutanée de sérum artificiel, et une transfusion pré-opératoire. L'opération fut sans incidents. Il n'y avait pas lieu de porter un pronostic trop grave, cependant, la femme mourut le 4^e jour dans un syndrome d'infection suraiguë.

En tous cas, rien dans l'histoire de la malade ne permettait de porter les indications d'une hystérectomie.

IV. — MORT APRÈS HYSTÉRECTOMIE

Ce décès est à mettre, avons-nous dit, complètement à part. Il n'apparaît pas passif de la méthode chirurgicale, mais il est dû à une erreur de groupe sanguin au cours d'une transfusion. En effet, cette femme, qui avait présenté depuis 8 jours des hémorragies récidivantes et abondantes, était enceinte de 6 mois 1/2. En présence d'une perte sanguine plus violente, entraînant un état général grave, on décida l'intervention chirurgicale, On la fit précéder d'une transfusion sanguine, mais dès les premiers centimètres cubes de sang injectés, la malade présenta les symptômes d'un choc violent : sueurs froides, dyspnée, syncope cardiaque, puis quelques heures après des hémorragies vicérales et sous-cutanées, hématuries, pétèchies. Deux jours après, l'état de la femme s'étant légèrement amélioré, on décida l'hystérectomie, l'opération fut sans incidents, mais deux jours après les accidents d'insuffisance hépathique reprirent plus violents et la femme mourut six jours après l'intervention dans un syndrome d'insuffisance hépathique suraiguë.

VII

RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Dans un très court chapitre, et dans un tableau, nous allons reprendre les résultats généraux que nous avons obtenus à la Maternité de l'Hôpital Tenon dans le traitement du placenta violemment inséré sur le segment inférieur.

On a été traité.

On a fait appel à la rupture large des membranes 11 fois.

Nous avons eu 2 échecs; dans ces cas, on dû faire appel à une opération obstétricale complémentaire.

La mortalité maternelle a été de 2,5 %;

La morbidité maternelle a été de 5 %;

La mortalité infantile brute a été de 29,2 %;

La mortalité des enfants viables de plus de 1.800 gr. a été de 19,1 %.

On a fait appel aux opérations obstétricales (Ballons et Versions), 11 fois.

La mortalité maternelle a été alors de 9,1 %;

La morbidité maternelle a été alors de 10 %;

La mortalité infantile brute a été de 81,8 %;

La mortalité des enfants viables de plus de 1.800 gr. a été de 66,6 %.

On a fait appel au *traitement chirurgical* (césarienne supra-symphysaire et hystérectomie), 9 fois.

2 femmes sont mortes, ce qui correspond à une mortalité maternelle brute de 22,2 %. Sur ces deux morts, une seule est imputable à la méthode chirurgicale, l'autre est due à un choc de transfusion, ce qui correspond à :

Une mortalité maternelle de 11 % ;

La morbidité maternelle a été nulle.

La mortalité des enfants viables de plus 1.800 gr. a été de 16,6 %.

En résumé, sur le total des hémorragies traitées, nous avons eu :

Une mortalité maternelle de 6,6 % ;

Une morbidité maternelle de 5 % ;

Une mortalité d'enfants viables de plus de 1.800 gr. de 26,5 %.

En terminant, nous insisterons sur les excellents résultats que nous a donné la *transfusion sanguine*, pré ou post-opératoire, et sur la place importante qu'elle a tenu dans le traitement des hémorragies, par insertion basse du placenta, à la Maternité de l'Hôpital Tenon.

Qu'elle ait précédé ou suivi l'intervention obstétricale ou chirurgicale, elle a certainement contribué à la diminution des décès par hémorragies ; quoiqu'il en soit, elle fut employée systématiquement dans les cas graves, lorsque la perte de sang avait été abondante et l'état général de la femme précaire.

MATERNITE DE L'HOPITAL TENON (Janvier 1932-Février 1934) DOCTEUR LEMELAND
60 HÉMORRAGIES TRAITÉES 4.200 ACCOUCHEMENTS

TRAITEMENT EMPLOYÉ	RESULTATS MATERNELS										RESULTATS FOETAUX			
	TOTAL DES CAS TRAITÉS	TOTAL DES MORTS	CAUSES DES MORTS			MORTALITÉ	MORBIDITÉ		Total des morts	ENFANTS VIAB. DE PLUS DE 1.800 GR.				
			Choc	Anémie	Infection		Total des cas	Pourcentage		Total des enfants de plus de 1.800 gr.	Total des morts	Mortalité		
Rupture large des membranes	40	1		1		2,5 %	2	5 %	12 : 29,2 %	36	7	19,4 %		
Traitement obstétrical complexe	11	1		1		9,1 %	1	10 %	9 : 81,8 %	6	4	66,6 %		
Traitement chirurgical	9	2	1		1	22,2 %	0	0 %	4 : 44,4 %	6	1	16,6 %		
Résultats généraux	60	4	1	2	1	6,6 %	3	5 %	25 41,6 %	48	12	26,5 %		

OBSERVATIONS

LES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

PREMIÈRE OBSERVATION

N° 1326. — Année 1932.

RÉSUMÉ. — *Troisième pare, âgée de 23 ans, hémorragie abondante. Pose de ballon, décollement manuel du placenta, extraction avant le fœtus, guérison de la femme, mort de l'enfant.*

Mme R..., âgée de 23 ans, enceinte pour la troisième fois, entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon, le 22 août 1932, aux environs du septième mois, pour hémorragie.

Les deux grossesses précédentes ont été menées à terme, mais le premier enfant est mort à 7 mois des suites d'une otite, le second à 15 jours, de maladie bleue.

L'hémorragie pour laquelle la femme entre à l'hôpital a été le premier incident de sa gestation. Elle est abondante, entraînant un pouls rapide, à 90, 100, une atteinte de l'état général.

A l'examen, on trouve une présentation transversale, l'enfant est vivant, les bruits du cœur sont bons, le col est dilaté comme 2 fr., les membranes intactes.

On pratique une injection de 500 gr. de sérum physiologique, et une injection d'huile camphrée.

L'hémorragie semble s'arrêter, le pouls se ralentit jusqu'à 7 h. du matin du 23 août. A ce moment, l'hémorragie reprend.

On trouve alors un col dilaté comme 5 fr., ayant toute sa longueur, le vagin est plein de caillots, le fœtus très mobile. On décide alors de rompre les membranes et de mettre un ballon. Sous anesthésie générale au chloroforme, on introduit la main droite dans le vagin, deux doigts dans le col, et on arrive au contact de la tête.

Avec la pince à pansement, on rompt les membranes, et l'on agrandit largement l'orifice de rupture avec le doigt, le fœtus est amené la tête en bas.

A ce moment, après introduction des valves, on saisit le col entre deux pinces en vue de mettre un ballon, mais l'hémorragie devient inquiétante.

On introduit, de nouveau, la main dans le vagin, et on constate que le placenta inséré sur le segment inférieur, en arrière et à droite, est en grande partie décollé. L'utérus est assez fortement rétracté, mais encore contracté par intermittences. Avec trois doigts introduits dans le col, on achève le décollement du placenta, et on extrait celui-ci.

La main introduite dans les voies génitales permet de constater que la tête est au-dessus de l'anneau de Bandl et file sur le côté gauche.

Par manœuvres mixtes, on fait un Braxton Hicks et on abaisse un pied en faisant l'évolution du fœtus avec beaucoup de lenteur et de prudence.

Extraction très lente du siège. Extraction des épaules sans grandes difficultés. Le bras gauche (bras antérieur) étant relevé, mais n'ayant pas dépassé la région malaire. L'extraction de la tête est impossible par suite de la rétraction de l'anneau de Bandl.

On fait alors la décollation, et l'on pratique une cranioclasie sur la tête restée seule dans l'utérus, après avoir fait fixer la tête dans l'abdomen.

La main introduite dans les voies génitales constate que l'on atteint, à côté de la section du cou, le menton, l'orifice buccal, lequel est situé en arrière.

On perfore la voûte palatine avec le perforateur de Blot, puis on introduit la branche pleine du cranioclaste dans la perforation. Mais, au cours de la manœuvre, la tête a tourné quand on a introduit la branche pleine, la branche creuse a dérapé.

On refait la prise, la face ayant tourné vers la gauche, ce qui oblige à mettre la branche du cranioclaste en arrière. Broiement. Extraction sans difficultés de la tête; le cranioclaste est appliqué avec sa branche creuse sur la région orbito-malaire gauche.

Après l'extraction de la tête, on extrait le sac membraneux qui paraît complet; vérification de l'utérus qui ne présente aucune lésion.

Le fœtus pesait 1.950 gr., l'arrière-faix 380 gr.

Les suites opératoires ont été excellentes; la femme sort de l'hôpital le douzième jour.

DEUXIÈME OBSERVATION

N° 1884. — Année 1932.

RÉSUMÉ. — *Troisième pare, âgée de 27 ans, hémorragie abondante à répétitions, rupture large des membranes et pose de ballon. Succès.*

Mme B..., âgée de 27 ans, entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon, le 29 novembre 1932, à 7 h. 1/2, parce qu'elle perd du sang. Il s'agit d'une troisième pare, sa première grossesse datant de 1926, s'est terminée par un accouchement normal d'un garçon mort-né, pesant 4.500 gr. En 1928, elle a accouché d'une fille vivante et bien portante, pesant 2.500 gr.

Au cours de la grossesse actuelle, elle a été hospitalisée au septième mois pour une hémorragie ayant nécessité sa mise en observation pendant onze jours.

L'examen à l'entrée chez cette femme enceinte de 8 mois montre une présentation très élevée, mobile; l'extrémité céphalique est perçue, en haut, vers le fond de l'utérus. L'enfant est vivant. Le col est largement perméable.

L'hémorragie est peu abondante mais continue.

L'état général est bon, le pouls à 80.

A 12 heures, la femme présente une hémorragie abondante, l'état général s'altère, le facies pâlit, le pouls monte à 130.

Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Le col est dilaté comme 5 fr.

On pratique la rupture large des membranes, et l'on pose un ballon de Champetier de 300 gr. L'hémorragie s'arrête.

A 15 heures, la femme expulse ce ballon, la dilatation est presque complète.

A 15 h. 10, accouchement normal d'un garçon mort-né pesant 1.650 gr., se présentant en siège décomplété mode dos fesses.

A 15 h. 30, délivrance naturelle complète.

L'état général de la femme étant toujours précaire, on pratique une transfusion sanguine de 350 gr.

Les suites de l'accouchement sont excellentes et la femme sort de la Maternité au bout de 14 jours.

TROISIÈME OBSERVATION

N° 82. — Année 1932

RÉSUMÉ. — *Troisième pare, âgée de 33 ans, hémorragie abondante à répétitions, version, guérison de la femme, enfant mort-né.*

Mme L..., âgée de 33 ans, entre à la Maternité de Tenon le 15 janvier 1932, à 11 heures, pour une hémorragie importante. Elle a présenté déjà deux grossesses; la première s'est terminée par un avortement au terme de 4 mois 1/2, la seconde par la naissance d'un enfant vivant, à terme, mais décédé au bout de six semaines de broncho-pneumonie. La grossesse actuelle date de 8 mois environ. La femme n'a pas été suivie au cours de sa gestation.

L'hémorragie actuelle qui a été précédée de petites hémorragies rapprochées est abondante et entraîne des troubles généraux. Le pouls est à 100, le facies pâle, la femme agitée.

A l'examen, la tête fuit dans la fosse iliaque droite.

Les membranes sont intactes.

La dilatation est complète, mais il est impossible de préciser le diagnostic de position, étant donné les nombreux caillots qui se trouvent dans le vagin, et la consistance matelassée du segment inférieur.

A 11 h. 20, on pratique la version podalique; on saisit les pieds antérieur et postérieur, et on extrait le siège et le tronc, mais la manœuvre de Moriceau sur la tête dernière est difficile.

On extrait un enfant mort-né, pesant 2.580 gr. et l'on pratique la délivrance artificielle immédiate : l'arrière-faix pèse 600 gr., la face utérine du placenta est déchiquetée.

La femme reçoit :

500 gr. de sérum artificiel sous-cutané;

20 cmc. d'huile camphrée;

200 gr. de transfusion sanguine.

Les suites de couches sont excellentes, et la femme sort le seizième jour.

QUATRIÈME OBSERVATION

N^o 788. — Année 1932.

RÉSUMÉ. — *Troisième pare, âgée de 26 ans, hémorragies fréquentes croissant en abondance, rupture des membranes, pose d'un ballon, version, mort de la femme et de l'enfant.*

Mme E..., 26 ans, entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon, le 20 mai 1932, parce qu'elle perd du sang. Elle a déjà eu deux grossesses normales arrivées à terme, les enfants sont vivants et bien portants.

La grossesse actuelle date de 8 mois 1/2 environ.

La femme a déjà eu quelques petites hémorragies chez elle.

Le 21 mai 1932, à 1 heure, venant de se lever pour uriner, la femme fit une nouvelle hémorragie assez abondante. A l'examen, on trouve :

Une présentation céphalique mobile et très élevée, le toucher ramène des caillots abondants, le col est très en arrière. On a la sensation d'un matelas séparant le doigt et la présentation. L'enfant est vivant. Les bruits du cœur sont perçus au niveau de l'ombilic.

A 3 heures, nouvelle hémorragie, le col est dilaté comme 50 centimes, les bruits du cœur sont perçus, le pouls est à 90. La femme est mise en position déclive.

A 9 heures, le col est dilaté comme 1 fr., la présentation est toujours très mobile et très élevée, le toucher provoque une légère hémorragie, les bruits du cœur sont bons. La femme ne ressaigne pas de la journée, son pouls reste à 84.

Le 22 mai, à 1 heure, la malade fait une légère hémorragie, le pouls est à 84.

Jusqu'au matin, suintements sanguins; l'état général reste bon, la température est à 37°2, le pouls à 80, les bruits du cœur sont bons.

A 17 h. 30, hémorragie abondante; on pratique la rupture large des membranes. L'hémorragie continue légèrement, le pouls s'accélère à 120, les bruits du cœur sont bons, le col est dilaté comme 2 fr.

On pratique une injection de 10 cmc. d'huile camphrée, de 1 cmc. de caféïne.

A 19 heures, on pratique une transfusion sanguine de 150 gr., les veines sont petites, aplaties, fragiles.

A 20 heures, on pose un ballon Champetier de 250 gr. environ. Le pouls est à 120, les bruits du cœur toujours bons.

A 22 heures, la femme est très shockée, le pouls très accéléré, la respiration rapide, on note l'agitation de la malade. Le ballon est bien en place dans le col, et celui-ci est à une dilatation d'une grande paume de main. La tête est très élevée, mobile. On enlève le ballon, et on décide d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible.

Anesthésie au chloroforme.

On essaie deux applications de forceps, sans résultats. La tête très mobile et élevée file entre les cuillères dès qu'on cherche à articuler.

On introduit la main dans l'utérus vide d'eaux et on pratique lentement la version podalique.

Abaissement d'un pied; on trouve une très grande difficulté dans la saisie et l'abaissement du pied. On arrive péniblement sur le genou, et on déplie la jambe pour attraper le pied. Le pied une fois abaissé, on met un lac sur le coup-de-pied et l'on pratique l'évolution par la double manœuvre de tractions sur le pied et de rétro-pulsions de la tête. Pendant qu'un aide tire moyennement sur un membre inférieur, la main gauche introduite dans l'utérus repousse la tête en haut.

L'évolution se fait lentement, mais sans grandes difficultés.

Après quelques instants de repos, on exerce des tractions sur le pied pour extraire le fœtus. Mais, à ce moment, le placenta se présente par son bord et sa face utérine, à la vulve, et toute la masse placentaire est expulsée avant l'enfant.

L'extraction foetale est pratiquée ensuite sans difficultés, très lentement.

La main introduite constate qu'il n'y a pas de lésions du col, du segment inférieur, ni de l'utérus, et ramène le sac membraneux au complet.

L'hémorragie est presque nulle. On fait placer la femme en position déclive et on la recouvre de draps chauds. On pratique une injection de 10 cmc. d'huile camphrée et de 1 cmc. d'ergotine.

La femme se réveille et entre immédiatement dans un grand état d'agitation. Le pouls très faible reste imperceptible à la radiale, mais il est net à la fémorale et à la carotide.

On fait une compression abdominale serrée et on met tout en œuvre pour faire une transfusion. L'étroitesse des veines nécessite la dissection chirurgicale de la veine au pli du coude.

Pendant ces manœuvres, l'état général de la femme s'amoindrit, la respiration s'accélère malgré des inhalations d'oxygène. Pendant qu'on commence la transfusion, la respiration est irrégulière, saccadée, puis s'arrête.

L'enfant, du sexe féminin, mort-né, pesait 3.620 gr., l'arrière-faix 600 gr.

CINQUIÈME OBSERVATION

N° 1835. — Année 1932.

RÉSUMÉ. — *Douzième pare, âgée de 40 ans, hémorragie abondante avec troubles de l'état général, présentation du siège, extraction d'un fœtus macéré, guérison.*

Mme D..., âgée de 40 ans, entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon le 20 novembre 1932, à 10 heures, parce qu'elle perd du sang. Cette femme, syphilitique, a déjà eu 11 accouchements. Elle a perdu huit enfants, tous morts de méningites, dont un à un an, un à 14 mois, un à 7 mois et un à 6 jours. Cette grossesse a été suivie dans un dispensaire; elle est traitée pour sa syphilis depuis 5 mois, la grossesse datant de 6 mois 1/2.

La femme avait eu une hémorragie assez grave chez elle, ayant entraîné des troubles de l'état général; le pouls est à 90.

L'examen montre un abdomen volumineux et un gros excès de liquide. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. La dilatation est entre petite et grande paume. Il s'agit d'une présentation du siège, très haute, mobile. La poche des eaux est tendue, l'hémorragie est continue et peu abondante.

On pratique la rupture artificielle large des membranes; le liquide de couleur chocolat s'écoule en grande abondance. L'hémorragie s'arrête.

A 11 heures, reprise de l'hémorragie; le pouls devient filant à 120, la femme a un facies très pâle, les muqueuses se décolorent, les pupilles sont dilatées, la malade voit difficilement.

On fait 10 cmc. d'huile camphrée, et 50 cmc. de sérum physiologique sous-cutané.

A 12 h. 30, extraction du fœtus macéré avec un cordon ombilical présentant un rétrécissement au niveau de l'ombilic. Délivrance artificielle immédiate, injection iodée intra-utérine.

Les suites de couches sont très bonnes, la malade sort le treizième jour.

SIXIÈME OBSERVATION

N° 1958. — Année 1932.

RÉSUMÉ. — *Troisième pare, âgée de 31 ans, hémorragies abondantes et récidivantes, dilatation presque complète, placenta central partiel, version. Mort de la femme et de l'enfant.*

Mme F..., âgée de 31 ans, est amenée d'urgence à la Maternité de Tenon le 12 décembre 1932, à 21 h. 30. Il s'agit d'une étrangère parlant à peine le français, et l'on ne peut avoir que quelques indications vagues sur l'histoire des accidents. Il s'agit d'une grossesse aux environs du terme, elle a présenté plusieurs hémorragies abondantes chez elle. A l'examen, l'état général de la femme est très touché, le facies est pâle, le pouls rapide à 100. Les bruits du cœur sont perçus, mais ils sont rapides. Le toucher montre une

dilatation avancée; on sent à gauche et en arrière de l'orifice cervical, le placenta partiellement décollé. La poche des eaux est intacte. On décide de pratiquer une version podalique.

Intervention (Docteur DIDIER).

La version podalique est pratiquée à 23 heures, après que l'état général de la femme ait été remonté, d'ailleurs très passagèrement, par une transfusion sanguine abondante. Au cours de l'intervention, l'hémorragie s'accroît, l'état de la femme s'affaiblit rapidement; on extrait un enfant mort. On pratique la délivrance artificielle immédiate.

Après la délivrance, l'hémorragie reprend très violente, et la femme meurt avant qu'on ait pu tenter un tamponnement utérin.

CÉSARIENNES SUPRA-SYMPHYSAIRES

SEPTIÈME OBSERVATION

N° 1553. — Année 1932.

RÉSUMÉ. — *Troisième pare, âgée de 30 ans, présentant des hémorragies à répétitions, entraînant des troubles importants de l'état général, césarienne supra-symphysaire classique, succès.*

Mme X... entre dans le service le 3 septembre 1932 pour hémorragie légère, qui s'arrête rapidement. Il s'agit d'une troisième gestation; la femme a déjà eu un accouchement normal à terme et une fausse-couche de 6 semaines. Elle reste en observation dans le service jusqu'au mois d'octobre 1932. A ce moment, à 1 heure, le 2 octobre, elle présente une hémorragie abondante. On pratique une injection chaude et une piqûre d'ergotine et d'huile camphrée. L'hémorragie s'arrête et recommence à 8 heures. L'état général de la femme est fortement touché, le pouls est à 120, la femme est très pâle.

A l'examen, on constate un col ouvert, encore long, et dans lequel fait saillie, comme un polype, un cotylédon. Les membranes sont intactes, la présentation fœtale est très haute, au-dessus du détroit supérieur. Le vagin est rempli de caillots, l'hémorragie est très abondante.

Intervention (Docteur LEMELAND).

Après nettoyage du vagin, extraction des caillots, iodage, la femme est anesthésiée au chloroforme et mise en position déclive.

On pratique la césarienne supra-symphysaire classique, incision du péritoine vésico-utérin, en T. Décollement de la vessie qui est

réclinée. Le segment inférieur est entièrement vide de présentation; incision du segment inférieur et de l'œuf, issue du liquide amniotique.

Extraction du fœtus, assez pénible par suite de la hauteur de la tête après l'incision. Enfin, par expression et tractions sur la bouche, on extrait la tête, puis le corps de l'enfant. Le placenta est inséré à gauche, en avant et en arrière, son bord affleure la ligne d'incision. Décollement du placenta et des membranes.

Suture par deux surjets, péritonisation exacte, fermeture de la paroi en trois plans.

L'hémorragie a été assez légère et l'expression de l'utérus après l'intervention amène l'expulsion d'un gros caillot avec une hémorragie, inférieure aux hémorragies habituelles.

La femme avait eu, avant l'intervention, 1 cmc. d'ergotine, 500 gr. de sérum artificiel, 300 gr. de transfusion sanguine.

L'enfant pesait 3.450 gr., le placenta 600 gr.

Les suites opératoires furent excellentes, la femme sort de l'hôpital le 18^e jour, l'enfant pesait alors 3.325 gr.

HUITIÈME OBSERVATION

N^o 166. — Année 1933

RÉSUMÉ. — *Primipare, âgée de 24 ans, hémorragie abondante et brutale, césarienne supra-symphysaire classique, mort de la femme, enfant vivant.*

Mme V., 24 ans, primipare, est admise à la Maternité de l'hôpital Tenon le 1^{er} février 1933, à 2 heures du matin, pour une hémorragie abondante survenue, chez elle, c'est le premier accident qui survient au cours d'une grossesse arrivée aux environs du terme.

A l'examen, à l'entrée, il s'agit d'une présentation céphalique élevée, la tête est mobile, le vagin rempli de caillots, le col est effacé, perméable, l'enfant est vivant, les bruits du cœur bons.

De 2 heures à 8 heures 30 la femme n'a pas saigné.

A 8 heures 30, l'hémorragie reprend, très abondante, l'état

général est très touché, le pouls à 115. On met la femme en position déclive, on pratique une injection de 500 gr. de sérum artificiel sous-cutané, de 10 cmc. d'huile camphrée, de 200 gr. de transfusion sanguine.

Intervention (Docteur DIDIER).

A 9 heures, le pouls est à 100, le teint coloré. On décide de faire une césarienne basse. L'opération est sans incidents; cependant, le placenta, de forme triangulaire, présente deux à trois cotylédons au niveau de l'orifice cervical interne.

Fœtus du sexe féminin pesant 2.880 gr., poids du placenta 640 gr.

Avant l'opération, on a pratiqué une injection de 1 cmc. d'ergotine et de 1 cmc. de post-hypothyse. Anesthésie au chloroforme.

Dans les jours qui suivent, la température monte progressivement, le pouls la suit. Le troisième jour, on pratique une nouvelle transfusion de 180 gr. et la femme meurt le quatrième jour, avec une température de 41 et un pouls à 140.

NEUVIÈME OBSERVATION

N° 602. — Année 1933

RÉSUMÉ. — *Sixième pare, âgée de 33 ans, hémorragies à répétitions, état général très touché, césarienne supra-symphysaire classique, guérison de la mère, mort de l'enfant.*

Mme V..., 33 ans, entre à la Maternité de Tenon le 20 avril 1933 pour une hémorragie abondante. Il s'agit d'une sixième pare. Elle a présenté un accouchement prématuré de 6 mois 1/2 environ et 4 accouchements à terme, mais trois de ses enfants sont morts d'une méningite. Au cours de la grossesse actuelle, arrivée aux environs du terme, elle a présenté il y a trois semaines environ de petites pertes sanguines, qui ont nécessité sa mise en observation dans le service.

Elle a été prise la veille au soir d'une hémorragie abondante qui l'a amenée à consulter.

A 9 heures du matin, l'examen montre un utérus cordiforme, sa hauteur sur la ligne médiane est de 25 cm., de 31 cm. à la corne droite, les bruits du cœur sont bons. La présentation est élevée, il s'agit d'un siège probablement. Le col est, lui-même, très élevé, il est dilaté comme 2 francs, au travers du col, on ne sent que du placenta. L'hémorragie est toujours très importante, constituée de sang rouge et de gros caillots. L'état général est très touché, le facies assez pâle, le pouls à 120.

Intervention (Docteur DIGONNET).

Césarienne supra-symphysaire classique, sans incidents.

Le segment inférieur est mal formé, l'hémorragie importante.

La femme reçoit 1 cmc. d'ergotine, 500 gr. de sérum artificiel sous-cutané, 20 cmc. d'huile camphrée, 200 gr. de transfusion sanguine.

L'enfant qui pesait 2.650 gr. à sa naissance décline progressivement et meurt le douzième jour.

Les suites opératoires pour la mère sont excellentes, elle sort de l'hôpital le 20^e jour.

DIXIÈME OBSERVATION

N° 979. — Année 1933

RÉSUMÉ. — *Septième pare, syphilitique, hémorragies répétées et abondantes, césarienne supra-symphysaire, succès.*

Mme C... entre à la Maternité de Tenon, le 4 juillet 1933, pour hémorragie, il s'agit d'une sixième-pare, ayant présenté trois accouchements normaux et trois fausses-couches. Elle est soignée depuis un an à l'hôpital Saint-Louis pour syphilis.

Au cours de la grossesse actuelle, arrivée aux environs du terme,

la malade a présenté, à partir de 7 mois, des hémorragies spontanées nocturnes, peu abondantes, de sang rouge mêlé de caillots. Une sage-femme consultée, alors, a conseillé le repos, malgré ce repos au lit de plus de deux mois, les hémorragies se répètent à raison de une par semaine environ. C'est la persistance de ces hémorragies qui amène enfin la femme à consulter à la Maternité 8 jours avant l'accident actuel. On lui conseille alors son entrée d'urgence à l'hôpital, mais elle refuse.

Le 3 juillet, au soir, elle est prise de quelques douleurs dans le bas-ventre, et le 4, à 1 heure du matin, elle présente une hémorragie assez abondante qui se prolonge tout le reste de la nuit et qui la décide enfin à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on note la pâleur, le pouls à 92, la température normale.

Au toucher, la poche des eaux est intacte, la présentation n'est pas engagée, le col n'est pas effacé complètement, il est entr'ouvert, le segment inférieur en avant donne une sensation matelassée. C'est là que semble s'insérer le placenta.

L'abdomen est très volumineux, globuleux, mais on ne perçoit que 2 pôles, un seul foyer d'auscultation.

On décide de pratiquer la césarienne.

Intervention (Docteur DIDIER).

Césarienne supra-symphysaire classique, opération sans incidents, dilatation du col.

Après l'intervention, la malade est pâle, perdant beaucoup de sang, le pouls est rapide, la malade reçoit alors 350 gr. de transfusion sanguine, 500 gr. de sérum glucosé sous-cutané, 10 cmc. d'huile camphrée toutes les trois heures.

Après la transfusion, le pouls se ralentit quoique restant faible, les extrémités sont froides.

Les suites opératoires sont excellentes, la température restant constamment aux environs de 37.

L'enfant vivant, du sexe féminin, qui pesait 3.630 gr. à la naissance (arrière-faix 600 gr.), sort le 19^e jour, pesant 3.750 gr.

ONZIÈME OBSERVATION

N° 1.601. — Année 1933

RÉSUMÉ. — *Quatrième-pare, âgée de 29 ans, hémorragie croissant en fréquence et en abondance, entraînant des troubles de l'état général. Césarienne supra-symphysaire classique, succès.*

Mme B..., 29 ans, entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon le 28 octobre 1933, à 21 h. 30. Il s'agit d'une quatrième-pare, ayant présenté trois accouchements normaux d'enfants vivant actuellement. Dans ses antécédents on ne trouve aucun fait marquant.

Au cours de la grossesse actuelle, elle avait été hospitalisée dans le service au mois d'août, pendant deux jour, pour des pertes sanguines légères; puis le 15 septembre pour des hémorragies plus abondantes qui avaient nécessité sa mise en observation pendant huit jours. Le 20 octobre, nouvelle hémorragie qui cesse rapidement, et pour laquelle elle ne vient pas consulter à l'hôpital. Depuis le 25 octobre, elle présente des hémorragies nocturnes, sans douleur, et assez abondantes. Le 27, un médecin appelé en ville, a conseillé à la femme d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, le 28, à 21 h. 30, elle présente une hémorragie assez abondante, un pouls à 110, une température à 37°2.

Au palper, on note une position oblique dorso-postérieure, une présentation de l'épaule droite assez élevée. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur au niveau de l'ombilic.

Au toucher, l'excavation est vide, le col perméable dévié à droite, on sent le placenta dans l'ouverture du col. La poche des eaux est intacte.

A 23 h. 30, la femme est dans le même état, mais l'hémorragie a cessé, le pouls est à 100, les bruits du cœur sont bons.

Le 30/10/33, à 1 h. 30, la femme est toujours dans le même état, les bruits du cœur sont bons.

A 2 h. 30, l'hémorragie reprend, abondante et continue, la femme expulse du sang liquide mêlé de caillots, représentant un volume d'un litre environ. Le pouls est à 110, l'état syncopal accentué. On pratique une injection de 10 cmc. d'huile camphrée

éthérée, de 250 gr. de sérum artificiel sous-cutané et de 1 cmc. de caféine.

Intervention (Docteur DIDIER).

Césarienne supra-symphysaire. A l'incision utérine, on arrive directement sur le placenta inséré sur la paroi intérieure et à gauche. On passe au travers du placenta pour extraire l'enfant qui se présente en dorso-postérieur avec une présentation de l'épaule droite élevée. On avait pratiqué une piqûre de 1 cmc. de post-hypophyse et de 1 cmc. d'ergotine au début de l'intervention. L'hémorragie au cours de l'opération a été très minime.

A 14 h. 15, extraction de l'enfant vivant, pesant 3.100 gr., de l'arrière-faix 710 gr. Suture de l'utérus en deux plans avec péritonisation, suture de la paroi en 3 plans.

Après l'intervention on a pratiqué une transfusion sanguine de 350 gr., une injection de 500 gr. de sérum glucosé. Le pouls est à 128.

Le 29/10/33, à 9 heures, la femme est très agitée, on lui fait 1 cmc. de morphine. Dans l'après-midi du même jour, une nouvelle transfusion de 300 gr.

Les suites opératoires sont excellentes, la femme ne dépassant pas 37°5, elle sort du service le 19^e jour. L'enfant pesait à sa sortie 3.125 gr.

LES HYSTÉRECTOMIES

DOUZIÈME OBSERVATION

N° 1.143. — Année 1932

RÉSUMÉ. — *Septième pare, âgée de 34 ans, hémorragie importante, césarienne supra-symphylaire, hémorragie au cours de l'intervention, hystérectomie, succès.*

Mme R., âgée de 34 ans, entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon, le 20 juillet 1932, à 18 heures, pour une hémorragie importante. Dans la même journée, elle a déjà présenté des pertes sanguines abondantes à 4 heures et à 16 heures. Il s'agit d'une septième gestation, arrivée près du terme, mais la femme n'a pas encore eu de douleurs. Ces hémorragies constituent les seuls incidents de la grossesse actuelle.

L'examen pratiqué à 18 heures décèle une présentation céphalique mobile, l'enfant est vivant, les bruits du cœur sont bons. Au toucher le col est dilaté comme 50 cm., la présentation est très élevée, atteinte à bout de doigt, les membranes sont intactes, le doigt introduit dans le col perçoit le rebord placentaire, l'hémorragie continue.

Intervention (Docteur LEMELAND).

Après incision sous-ombilicale, la vessie recouvre presque entièrement le segment inférieur qui est peu distendu. Après mise en place de la valve et des champs, on décolle le péritoine antérieur par les incisions classiques. On remarque que de grosses varices font saillie à gauche, on les évite avec le bistouri, mais en décollant

la compresse, une de ces varices se rompt et on ne peut arrêter l'hémorragie très abondante qui se produit à ce moment.

On évacue l'utérus avec une très grande rapidité par césarienne segmento-corporéale. Aussitôt l'enfant enlevé, sans faire la délivrance, on ferme la brèche utérine par deux pinces de MUSEUX et on pince rapidement le pédicule du côté gauche. Le pédicule utéro-ovarien gauche glisse entre la pince qui a saisi l'extrémité d'un champs. On pince le pédicule utérin qui est très antérieur au-dessous du point où saigne la varice sous-vésicale, cette varice débouche d'ailleurs dans le plexus utérin.

Hystérectomie supra-vaginale. Fermeture du col utérin après iodage. Ligature des pédicules utérins droit et gauche, annexiel droit, puis on recherche le pédicule annexiel gauche fortement rétracté que l'on trouve, ligature en deux parties du ligament annexiel et du ligament rond. Péritonisation après fermeture d'une petite brèche de l'aileron gauche par deux surjets, dont un, d'enfouissement. Fermeture en trois plans, drainage du Douglas. La vessie après l'opération laisse écouler une urine claire, normale.

Anesthésie au balsoforme.

L'enfant du sexe féminin vivant pesait 3.520 gr.

Les suites opératoires sont excellentes, la femme sort le vingtième jour, l'enfant pesait alors 3.600 gr.

TREIZIÈME OBSERVATION

N° 24. — Année 1933

RÉSUMÉ. — *Deuxième-pare, âgée de 20 ans, enceinte de six mois et demi, hémorragie abondante, rupture artificielle large des membranes, ballon, extraction du fœtus et délivrance artificielle, reprise de l'hémorragie, état général très grave, hystérectomie, guérison.*

Mlle M., 20 ans, entre d'urgence à la Maternité de Tenon parce qu'elle perd du sang, le 5 janvier 1933, à 8 heures. Il s'agit d'une deuxième-pare, enceinte de 6 mois 1/2 environ, qui a déjà

eu une hémorragie il y a trois mois. L'année précédente, elle avait fait une fausse couche de trois mois.

A l'examen d'entrée, l'enfant est vivant, les bruits du cœur sont bons, le vagin est rempli de caillots, le col est dilaté comme 1 fr., on ne sent pas de présentation, le segment inférieur est épais, mâté-lassé.

On pratique la rupture artificielle large des membranes, l'hémorragie s'arrête.

A 11 heures, l'hémorragie a tendance à reprendre, on pose un ballon de CHAMPETIER de 200 cmc. environ, la dilatation est à ce moment entre 2 et 5 francs.

A 12 heures, on pratique une injection de 300 gr. de sérum artificiel sous-cutané et de 10 cmc. d'huile camphrée. Le pouls est à 100, on note quelques contractions utérines. L'hémorragie est arrêtée.

A 22 heures, expulsion du ballon, la dilatation est à petite paume, le pouls est à 100. On pratique alors l'extraction du fœtus du sexe masculin, ayant fait quelques inspirations.

L'hémorragie reprend aussitôt après l'extraction du fœtus, abondante; l'état général est très touché, le pouls s'élève à 140. On fait une délivrance artificielle immédiate, elle est assez laborieuse, la face utérine très adhérente et déchiquetée. La revision utérine ramène quelques débris placentaires.

On pratique une piqûre de 200 cmc. d'ergotine et une injection chaude intra-utérine.

L'hémorragie continue, le pouls est à 140. On fait un tamponnement intra-utérin, et l'hémorragie, quoique peu abondante, persiste, continue.

A 0 h. 30, l'état de la femme est très précaire. On pratique une transfusion sanguine de 600 gr., 20 cmc. d'huile camphrée, 1 cmc. de caféïne, 1 cmc. de post-hypophyse.

Intervention (Docteur DIDIER).

Hystérectomie subtotala, selon les procédés classiques, sans incidents. On met un drain dans le col. Péritonisation bien étanche. Suture de la paroi.

Le pouls est à 130 à la fin de l'opération, on fait 20 cmc. d'huile camphrée, 500 gr. de sérum artificiel sous-cutané.

Les suites opératoires sont excellentes, la femme sort du service le 18^e jour.

QUATORZIÈME OBSERVATION

N^o 285 bis. — Année 1933

RÉSUMÉ. — *Sixième-pare, âgée de 36 ans, enceinte de 6 mois environ, hémorragie abondante et récidivante, état général précaire, hystérectomie subtotale, guérison.*

Mme Z..., 36 ans, entre à l'Hôpital Tenon d'urgence pour une hémorragie abondante et récidivante survenant depuis quelques jours. Une hémorragie plus abondante s'est produite le 24 février 1933, à 14 heures, elle a amené un état général mauvais, le pouls est à 100. Il s'agit d'une multipare ayant eu 5 enfants vivants, la grossesse actuelle est de 6 mois environ.

Intervention (Docteur LEMELAND).

Avant l'opération, on pratique une injection de 250 gr. de sérum sous-cutané. Anesthésie SCHLECH.

La paratome médiane remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'utérus est fortement tordu de gauche à droite, c'est le bord gauche qui apparaît au milieu de l'incision. Après garniture par trois champs, et après avoir redressé l'utérus, on incise sur la face antérieure. Les membranes tendues par le liquide amniotique font hernie dans l'incision, on ne peut enlever l'œuf complet. Les membranes éclatent projetant tout le liquide en dehors du champ opératoire.

Extériorisation immédiate de l'utérus. Extraction de l'enfant, fermeture de la paroi utérine par trois pinces de MUSEUX. A ce moment la femme est prise de vomissements et projette son intestin avec force dans la brèche abdominale, on le maintient avec deux champs et on ferme la brèche abdominale avec deux pinces de Museux. On pratique alors l'hystérectomie subtotale classique en gardant ovaires et trompes des deux côtés. Le pédicule utérin gauche est pincé après section, il est très déporté par suite de la dévia-

tion de l'utérus et séparé de la paroi utérine. La section du col est très basse, elle intéresse en partie très minime le placenta, dont il reste un débris dans la section utérine. L'iodage du moignon utérin. Fermeture au catgut en points séparés. Ligature des différents pédicules. Péritonisation par surjet.

Toute cette opération s'est faite en dehors de l'abdomen sans qu'on ait mis une valve, ce qui évite de voir l'intestin au cours des efforts de vomissements de la femme.

Avant de refermer l'abdomen, on vérifie à l'aide de la petite valve que tout est en bon état. Fermeture et péritonisation par surjet. Le péritoine du côté gauche s'effrite facilement dans la région sous-ombilicale. On fait alors un point prenant muscle péritoine avec point perdu. On achève le surjet jusqu'à la partie inférieure de l'incision, on passe les fils de bronze, prenant plan superficiel aponévrose et muscles, destinés au capitonnage de la paroi aponévrotique. Suture de la peau avec des crins, capitonnage en se servant des fils de bronze serrés sur des compresses placées de chaque côté de la plaie.

L'examen de l'utérus montre l'insertion placentaire en avant empiétant sur le col.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 1.000 gr.; il a présenté quelques inspirations.

Les suites opératoires furent très bonnes. La femme sort le 18^e jour.

QUINZIÈME OBSERVATION

N^o 1350 bis. — Année 1932.

RÉSUMÉ. — *Primipare, âgée de 29 ans, enceinte de 6 mois 1/2, hémorragies abondantes et récidivantes, état général précaire, hystérectomie, décès.*

Mme N..., 29 ans, primipare, entre à la Maternité de Tenon le 28 août 1932, pour hémorragies survenant au cours de la grossesse.

Cette femme présente une grossesse de 6 mois 1/2 environ.

Depuis huit jours, elle a eu des hémorragies de plus en plus abondantes. Au moment de son entrée, elle perd du sang rouge liquide en quantité notable. Le fœtus se présente par le sommet, le col utérin fermé et dévié en arrière, le segment inférieur est fortement distendu en avant.

La malade désire beaucoup avoir un enfant vivant.

L'aspect général de la malade montre une femme de forte corpulence, dont l'état général est peu atteint par les hémorragies. La coloration des muqueuses est normale. Le pouls a 90 environ, la température est normale.

Dans ces conditions, on met la femme au repos; injections vaginales chaudes.

Le 29, l'hémorragie a cessé; on décide de patienter encore, devant l'insistance de la malade pour avoir un enfant vivant.

Le 30 août, grosse hémorragie dans la journée, qui atteint fortement l'état général et nécessite une transfusion.

Le 31 août, au matin, amélioration générale très nette; l'hémorragie a cessé, on décide d'intervenir le lendemain matin après une nouvelle transfusion faite dans la soirée.

Celle-ci est pratiquée à 17 heures, mais, dès les premiers centimètres cubes de sang injectés, la femme fait des accidents graves : dyspnée, syncope cardiaque.

Dans la soirée, hématurie, apparition de pétéchies, etc... On constate que le donneur était d'un groupe sanguin qui ne correspondait pas à celui qui était indiqué sur sa fiche.

Le 1^{er} septembre, l'état de la malade s'améliore légèrement. Le 2 septembre, après une journée satisfaisante, la malade présente une nouvelle hémorragie très abondante. On intervient immédiatement et, à 19 heures, on pratique l'hystérectomie abdominale.

Au cours de l'intervention, l'hémorragie s'accroît, mais s'arrête lorsque la ligature des pédicules est effectuée.

L'utérus est enlevé sans avoir été ouvert par une hystérectomie subtotale très basse.

L'état de la malade semble d'abord amélioré. Les gaz apparaissent dès la 50^e heure, mais l'insuffisance hépatique s'accroît peu à peu, et la malade mourut le 8 septembre 1932, présentant un syndrome d'insuffisance hépatique aiguë.

La pièce examinée montre qu'il s'agissait d'une insertion centrale du placenta.

VIII

CONCLUSIONS

Au cours de ce travail, nous avons étudié le traitement des 60 cas de placenta vicieusement insérés sur le segment inférieur observés pendant deux ans à la Maternité de l'Hôpital Tenon.

Nous pouvons en tirer les conclusions suivantes :

I. — Le traitement actuel du placenta prævia comprend les méthodes obstétricales et chirurgicales.

II. — Les méthodes obstétricales présentent de moins en moins d'indications.

On ne doit guère en conserver que *la rupture large des membranes*.

III. — Toutes les autres interventions obstétricales font courir des risques de choc et d'hémorragie qui rendent leurs indications de plus en plus rares.

IV. — Le choix entre les méthodes chirurgicales et obstétricales est basé sur les signes cliniques observés.

V. — *A la rupture large des membranes et aux opérations obstétricales* appartiennent les cas dans lesquels :

- a) L'état général de la femme est encore bon, le degré d'anémie peu marqué;
- b) L'hémorragie est tardive et pas trop abondante;
- c) La dilatation du col permet d'espérer un travail

facile et une évacuation rapide de l'utérus par voie basse ;

d) Le placenta est en variété latérale.

VI. — Les méthodes chirurgicales conservatrices comprennent : les *interventions par voie basse* et les *interventions par voie haute*.

La méthode chirurgicale par voie basse semble peu indiquée, car elle réunit les inconvénients des interventions chirurgicales et obstétricales, sans présenter un gros avantage sur les unes ou sur les autres.

VII. — La voie haute — *césarienne supra-symphysaire* — semble avoir de plus en plus d'indications, et semble devoir être pratiquée d'autorité, précocement :

a) Dans tous les cas où l'on croit devoir trouver la moindre difficulté par la voie obstétricale (état du col).

b) Dans tous les cas d'hémorragies abondantes, avec état général atteint.

c) Même la dilatation complète chez les femmes ayant beaucoup saigné et dont l'état généralement est touché.

d) Dans tous les cas de placenta central.

e) Lorsqu'il existe enfin une dystocie complète.

VIII. — Une intervention étant à mettre à part, c'est l'opération mutilatrice l'*hystérectomie*. C'est une intervention de nécessité qui doit être pratiquée sans hésitation :

a) Dans tous les cas où une hémostase rapide est nécessaire.

b) Dans tous les cas où une infection est à craindre.

IX. — La transfusion de sang pré ou post-opératoire doit être pratiquée systématiquement dans tous les cas où une hémorragie grave a atteint l'état général de la femme pour lui permettre de supporter le choc opératoire.

En résumé, l'évolution du traitement du placenta inséré sur le segment inférieur nous mène franchement, à l'heure actuelle, vers les solutions chirurgicales.

Vu :

Le Doyen,

ROUSSY.

Vu :

Le Président de Thèse,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABD EL NOUR. — Les méfaits du tamponnement vaginal dans le Pl. Pr. démontré par les statistiques. (*Thèse Paris*, 1895.)
- AHLFELD et ASCHOFF. — Sur la genèse du Pl. Pr. (*Zeit f. Geb und Gyn. T.*, I. I, p. 563.)
- ALLEN E.-P. — Placenta prævia. (*Karthur Med. Jour.*, octobre 1926, p. 321.)
- ARTONI DE SAINT-AGNÈSE. — Sulla cura della placenta prævia centrale. (*Atti della Societa Italiana d'Ostetrica et Gyn.*, 1923, p. 547.)
- ASCHOFF. — La raison et la nécessité du terme « Isthme utérin ». (*Deutsch Pathologische Gesellschaft*, 1908, p. 314.)
— Le segment inférieur de l'utérus. (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, LVIII, p. 643.)
- AUBERT. — (Genève). — Quelques indications de l'opération césarienne en dehors des bassins rétrécis. (*Rev. méd. Suisse Romande*, 1917, p. 703.)
— Discussion au Congrès, 1921.
- AUDEBERT. — La cicatrice utérine après la césarienne. (*Gyn. et Obst.*, 1923, t. VIII, p. 487.)
- AUDEBERT et ESTIENNY. — Trois cas de césariennes basses pour placenta prævia. (*Bulletin Soc. Obst. et Gyn.*, 1932, p. 632.)
- AUDEBERT et ROSCAL. — Etude histologique de deux cicatrices post-césarienne. (*Soc. Gyn. et Obst. de Toulouse*, mai 1923.)
- AUVARD. — De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia. (*Thèse d'Agrégation*, Paris 1886.)

- AVELLA G. — Formes et dimensions du Pl. Pr. (*Arch. d'Obst. et Gyn.*, n° 12, 15 octobre 1926.)
- BAISCH. — Der Kaiserschritt beim engen Becken und bei Pl. Pr. auf Grund von 105 Fallen. (*Wurttemberg Korrespondanz Blatt*, 1919, p. 251.)
- BALARD. — Placenta prævia. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 août 1925.)
- Sur un cas de placenta prævia central traité avec succès par les méthodes obstétricales. (*Gazette Hebd. des Sc. Médicales de Bordeaux*, 29 novembre 1925.)
 - Une série continue de 48 hémorragies par placenta prævia (traitement obstétrical et chirurgical. (*Revue Fr. Gyn. et Obst.*, 1932, n° 6.)
- BALLHORN (W.). — Zur placenta prævia Thérapie. (*Arch. für gyn.*, mars 1925.)
- BAR. — Leçon de la Clinique Tarnier. (*Journal des Praticiens*, mai 1909, n° 19.)
- Traitement chirurgical des hémorragies de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, juillet 1912.)
 - Discussion au Congrès de Londres, 1913. Quelle place convient-il d'attribuer à l'opération césarienne haute parmi des observations obstétricales. (*Archives mensuelles de Gyn. et d'Obst.*, février 1919.)
 - Des indications des hystérectomies abdominales pendant le travail. (*Congrès de Gyn. de langue franç.*, Paris, 1921.)
- BARNES Robert. — Lancet 1847. (*In thèse Agrégation Auvrard*, p. 76.)
- Leçons sur les opérations obstétricales. (Paris, 1873, p. 399.)
 - The Physiology and treatment of Pl. Pr. (Londres-Churchill, 1858.)
- BARNEY W.-R. — Pl. Pr. et décollement du placenta. (*Ohio State Med. Journ.*, 1^{er} nov. 1925.)
- BARRIS John. — Diagnostic et traitement du Pl. Pr. (*British Med. Journ.*, 2 octobre 1926.)
- BAUX. — Trois cas de Pl. Pr. central. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n° 7, 1924.)

- BAYER H. — Der Isthmus uteri und der placenta isthmica. Ein Beitrag zur Frage des Kaiserschnittes bei Placenta prævia. (*Breitage zur Geb. und Gyn.*, 1909, n° XII.)
- BICHARA. — Thèse de Montpellier, 1930.
- BILL. — Treatment by prophylactic blood transfusion and cesarian section in Pl. Pr. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, oct. 1927, p. 523.)
- BENTNER. — Discussion du Congrès de Gynécologie de 1921.
- BLAKER. — The limitation of cesarean section. (*The Journal of Obst. and Gyn. of the B. Empire*, 1921, p. 447.)
- BLUMREICH. — La réforme de la thérapeutique du Pl. Pr. (*Berlin Kl. Woch.*, 1909, n° 1, p. 385.)
- BOCKERLMANN. — Sur le traitement des Pl. Pr. (*Rassegna d'Obst. et Gyn.*, 1913, n° 2.)
- BOQUEL. — (Angers.) — Hémorragie de la grossesse : Pl. Pr. et césarienne. (*Archives mensuelles d'Obst. et de Gyn.*, 1918, p. 191.)
- BOVIS (De). — Les hémorragies du post-partum du placenta prævia et leur hémostase. (*Semaine Médicale*, 1909, n° 8.)
- Le traitement chirurgical du placenta prævia est-il justifié? (*Semaine Médicale*, 1911, n° 36.)
- BOUWER-SIETZE. — Groningen. Kaiserschnitt bei placenta prævia. (Thèse 1923.)
- BRAXTON-HICKS. — Trans. of London Obst. Soc., 1864, p. 219. (*Journ. Méd. de Paris*, 1891, p. 44 : le Pl. Pr. et son traitement.)
- BRINDEAU. — Traitement du placenta prævia (In Bar, Brindeau, Chamblen).
- Cas de césariennes vaginales. (*Soc. Obst. de Paris*, 1906-1907.)
- Discussion du Congrès de Londres, 1921.
- A propos d'un cas d'opération césarienne pour Pl. Pr. (*Communication à la Soc. d'Obst. Gyn.*, 1921, t. IV, p. 58.)
- Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne. (*In Gyn. et Obst.*, 1923, t. VIII, p. 594.)
- Discussion au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française. (Paris, 1933.)

BRINDEAU et BAILLIÉ. — Un cas de Pl. Pr. traité par la méthode de Delmas; mort. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930, p. 225.)

BROUHA. — (Liège). — Faut-il réserver strictement l'opération césarienne aux cas purs? (*Gyn. et Obst.*, t. II, 1920, p. 386.)

— A propos du traitement du Pl. Pr. par l'hystérectomie abdominale. (*Congrès 1922, Gyn. et Obst.*, 1922, p. 198.)

— Traitement Obst. du Pl. Pr. (*Bull. ac. Roy. Méd. de Belgique*, 1930, p. 837.)

BUCSAN. — Thèse Paris, 1928.

CARUSO F. — Proposte relative a trattamento della placenta præv. centrale. (*Ardinio de Obstetrico et genico*, 1900, p. 408.)

— Intoro alla questione della placenta prævia. (*Rasseguio Obstetric. et Gynécol.*, 1911.)

CATHALA. — Opération césarienne conservatrice pour I.V.P. (*Société Obst. et Gyn.*, Paris, décembre 1913.)

CHAMPETIER DE RIBES. — Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*Arch. Gyn. et Obst.*, 1911, p. 215.)

— De l'accouchement provoqué à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse. (*Ann. Gyn.*, 1888, p. 442.)

CHEVAL M. — Deux cas de Pl. Pr. central. (*Société Belge d'Obst. et de Gyn.*, février 1922.)

CLEISZ. — Deux cas de Pl. Pr. avec hémostasie à la Simpson. (*Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, déc. 1923.)

COIRIN H. — Thèse de Strasbourg, 1920.

COUINAUD. — Thèse de Paris, 1919.

COUVELAIRE. — A propos du traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*Ann. Gyn. et Obstét.*, août 1911, p. 210.)

— Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré. (*Congr. Internat. de Berlin*, 1912.)

— Remarques sur l'irrigation artérielle du segment inférieur de l'utérus. (*Ann. Gyn. et Obst.*, août 1910.)

- Indication de l'opération césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des rétrécissements du bassin. (*Gyn. et Obst.*, 1921, t. IV, p. 358.)
 - Rapport au Congrès des gynécologues de langue française, 1921.
 - Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (Conférences d'Obstétrique et de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris, 1926. In *Information Médicale*, 11 avril 1926.)
 - Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*Pratique Médicale Française*, avril 1932.)
- DADLEY. — The Modern cesarean section, and ideal method of treatment for placenta prævia. (*New-York Journal Medical*, 1900.)
- DALÉAS et Gaby GASPARROU. — Placenta central traité par la méthode de Simpson. (*Bull. de Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, n° 6, 1925.)
- DAVIS. — La thérapeutique des Pl. Pr. (*Z. bl. Gyn.*, 1915, S. 352.)
- DEFLANDRE. — Du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. (Thèse de Lille, 1911.)
- DE LEE. — The principle and Practice of Obstetr. (New-York, 1919.)
- Discussion au Congrès de Londres, 1913.
- DELMAS P. — Un cas de Pl. Pr. central. (*Société d'Obstétr. de Montpellier*, juillet 1921.)
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Insertion vicieuse du placenta. (*Manuel de l'Accoucheur*, p. 627.)
- DEMELIN. — Le segment inférieur. (Thèse de Paris, 1888.)
- A propos de la théorie par laquelle Simpson expliqua l'hémorragie et l'hémostase dans le cas d'insertion vicieuse du placenta. (*Revue française de Gyn. et d'Obstétr.*, mai 1914.)
 - De l'insertion vicieuse du pl. dite complète. (*Ann. Obst. de France*, 1893, p. 48.)
- DEPKEN. — Die Behandlung der P.P. (*Zbl. f. Gyn.*, 1924, p. 298.)
- DESCURE. — Thèse Bordeaux, 1919-1920.

- DESNOYER. — Leçon clinique Baudeloque, 1930.
- DESIOUBRY. — Thèse de Paris, 1925.
- Leçon du jeudi soir à la clinique Tarnier, 1929.
- DEVRAIGNE. — Métrite et gestation (Leçon à la clinique Baudeloque, 1929.)
- DEVRAIGNE et PRIOLLET. — Deux accouchements à la Delmas pour insertion basse du placenta. (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1930, p. 410.)
- DOCAROS. — Opération césarienne pour Pl. Pr. central. (*Soc. Obst. Gyn. de Paris*, juillet 1923.)
- DODERLEIN. — Traitement des hémorragies de l'aire placentaire, liées au placenta prævia. (XVII^e Congrès International de Médecine, Londres, 1913.)
- Placenta prævia et hystérectomie vaginale antérieure. (*Zbl. f. Gyn.*, 1911, p. 938.)
- Sur le placenta prævia. (*Med. Woch.*, 1922, n^o 4.)
- Placenta prævia et hystérectomie vaginale antérieure. (*Ar. f. Gyn.*, t. CII, p. 91.)
- DOLERIS. — Rapport au Congrès de Pétersbourg, 1910.
- De l'opération césarienne. (*La Gynécologie*, 1911, p. 181.)
- DUHRSEN. — Sur le traitement des placenta prævia. (*Berl. kl. Woch.*, 1909, S. 2241.)
- EARDLEY-HOLLAND. — Investigation into cesares section performed in Geat-Bretain and Ireland from the years 1911-1920 inclusive. (*The Journal of Obst. et Gyn. of the B. Empire*, 1921, p. 358, vol. 28.)
- Methods of performing cesarean section. (*The Journal of Obst. and Gyn. of the B. Empire*, 1921, p. 349, vol. 28.)
- EPARVIER et CHARLEUX. — Rupture utérine au cours d'un placenta prævia central. (Réunion obstétricale de Lyon, février 1924.)
- ESSEN-MOLLER. — Sur les résultats et les indications de la section césarienne abdominale. (*Gyn. et Obst.*, 1920, t. I^{er}, p. 157.)
- Some point of view on the vaginal cesarean section in case of Pl. prævia. (*Acta obstétrical Scandinavia*, 1931, vol. XI., p. 35.)

- Vaginal caesarean section in Pl. Pr. (*Journ. Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1932, p. 227.)
- FAURE G. — Thèse de Paris, 1920.
- FRAIPONT F. — De l'opération césarienne dans le Pl. Pr. (*Revue mensuelle de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie*, sept. 1910, p. 377.)
- GARIPUY. — Opération césarienne pour Pl. Pr. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, nov. 1929, p. 660.)
- A. GINGLINGER et S. TASSOVATZ. — Contribution à l'étude du placenta prævia. (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, n° 6, juin 1929, p. 362.)
- GRAFENBERG. — Traitement du Pl. Pr. (*Med. Woch.*, 1908, S. 1904.)
- GREEN J. S. — Le placenta prævia au début de la gestation. (*Med. Journ. of Australia*, 4 octobre 1924.)
- GRENNHILL J.-P. — The present day Traitment of Pl. Pr. et Obst., janv. 1930, p. 113.
- An analysis of 847 cervical cesarean section perorned at the Chicago Lying Hospital. (*Am. Journ. of Obst. and. Gyn.*, 1931, p. 613.)
- GROSSE. — Opération césarienne conservatrice exécutée rapidement après rupture des membranes. (*Revue mensuelle de Gyn. et de Pédiatrie*, 1912, p. 232.)
- Traitement chirurgical des hémorragies par placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. (*Revue franç. de Gyn. et d'Obstétr.*, août 1920.)
- GUENIOT. — A propos de l'opération césarienne dans le placenta prævia. (*Gyn. Obst.*, 1920, t. I, p. 464.)
- GUÉRIN-VALMALE. — A propos du placenta prævia et du pro-via et du procédé de Delmas. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929, p. 632.)
- GUILLEMEAU. — De l'heureux accouchement des femmes, 1609, p. 229.
- HANNES. — Méthode et conséquence de l'hystéureyse dans le placenta prævia. (*Méd. Kl.*, 1908, p. 1041.)
- Placenta prævia hystéureyse ou Braxton Hicks. (*Zbl. f. Gyn.*, 1908, p. 1382.)
- Was leistet die moderne therapie bei placenta. (*Pr. Med. Kl.*, 1908, p. 1041.)

- HARROLD MILLES. — Hémorragies de la gestation. (*Atlantic Medical Journal*, février 1925.)
- HAUCH. — Monatschrift für gebwist and Gyn., mai 1910, p. 555.
— Hystérectomies abdominales pendant le travail. (Congrès des Gynécologues de langue française, 1921.)
- HENKEL. — La thérapeutique du placenta prævia. (*A. f. Gyn.*, LXXXVI, p. 688.)
- HENROTAY. — Des indications des hystérectomies abdominales pendant le travail en dehors des angusties pelviennes. (*Gyn. et Obst.*, 1921.)
- HITSCHMANN. — La thérapeutique du Pl. Pr. (Berlin, 1921.)
- HITSCHMANN et LINDENTHAL. — Über das Wachstum der placenta. (*Handb. von u. Winckel*, II, 2.)
- HOFMEIER. — Thérapeutique du Pl. Pr. (*Münchn. Méd. Woch.* 1910, p. 1377, et *Monachrift für Geburtshilfe und Gyn.*, oct. 1922.)
- HONEL et BONNET (G.). — Sur un cas de placenta prævia total. (*Sov. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, février 1922.)
- IQUACY NAVA. — Traitement de la basse insertion du placenta. (*Gyn. Polska*, 1929, tome VIII.)
- JARDINE. — Césarienne dans un cas de grossesse jumellaire avec placenta prævia. (*Journ. of Obstetrics and Gyn. of the B. Empire*, décembre 1909, p. 399.)
- JASCHKE V. — Die Leistungs-fähigkeit der abdominellen Schus-tentbindung. (*Zbl. f. Gyn.*, 1918, S. 172.)
- JEANNIN C. — Incision du col et césarienne vaginale. (*Ann. Gyn. et Obst.*, 1910, p. 840.
— Les nouvelles méthodes d'opération césarienne ne permettent-elles pas d'étendre les indications de cette intervention? (*Presse médicale*, 1910, n° 6.)
— De la place que l'on tend à présent à donner à l'opération césarienne vaginale parmi les méthodes d'évacuation rapide de l'utérus. (*Presse Médicale*, 13 déc. 1910, p. 989.)
— Comment doit-on traiter actuellement le placenta prævia. (*Wiener med. die Wochenschrift*, n° 29, 1927.)
- KRAUSE. — Contribution sur la question du Pl. Pr. cervical. (*Zbl. f. geb. u. gyn.*, 1921, LXXXIII, S. 413.)

- KRONIG. — Zur Behandlung der Pl. Pr. (*Zentbl. für Gyn.*, 1908, n° 46, p. 1497.)
— Zur Klinik der Pl. Pr. (*Zbl. f. Gyn.*, 1909, p. 505.)
— Metreuryse bei Pl. Pr. (*Zl. Blatt. f. Gyn.*, 1909, p. 1177.)
— Zur Maiserschnitt bei Pl. Pr. (*D. Med. Woch.*, 1916, p. 1178.)
- KOUWER. — La section césarienne classique et la césarienne suprasymphysaire extrapéritonéale. (*L'Obstétrique*, 1911.)
- KOWALSKI. — Procédé thérapeutique en cas de placenta prævia. (*Gynecologie Polska*, 1929, tome VIII.)
- LABUSQUIÈRE. — Revue générale : Les hémorragies par I.V.P. De la meilleure manière de les combattre, d'après deux maîtres de l'Obstétrique française. (*Annales Gyn. et Obst.*, 1896, p. 60.)
- LACOMME. — Sur les hémorragies par I.V.P. (*Revue Méd. Française*, 1930, p. 345.)
- LAFONT. — A propos d'un cas de Pl. Pr. central. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, décembre 1922.)
- LAURENTIE. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse, juin 1920.)
- LECLÈRE. — L'hystérectomie vaginale antérieure. (Thèse de Paris, 1912.)
- LE LORIER. — Des hémorragies gravidiques par suite d'I.V.P. (Leçon clinique Baudeloque, 1924.)
- LEPAGE. — Traitement du Pl. pr. (Discussion au Congrès de Berlin, 1912. *Ann. Gyn. et Obst.*, p. 576.)
- LEQUEUX. — A propos de deux cas de Pl. Pr. traités par la césarienne. (*Gyn. et Obst.*, 1920, t. I, p. 303.)
— Existe-t-il un traitement chirurgical du Pl. Pr. (Cours de la clinique Tarnier, janvier 1924.)
- LEROUX. — Observations sur les pertes de sang des femmes en couches. (Dijon, 1776, p. 195.)
- L. A. LEVAUX. — Traitement chirurgical et non chirurgical des P. P. (*New-Orléans Méd.*, janvier 1927.)
- LEVRET. — Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux, 1747 et 1761.
— L'art des accouchements, 1761.

- LEVY-SOLAL. — Le mécanisme de la mort par hémorragie. (*Presse Médicale*, 1932.)
- LOMER. — On combined turning in treatment of Pl. Pr. (*Ancient Journ. of Obst.*, déc. 1884, p. 1223.)
- MAGALHAES. — Technique et indications à l'opération césarienne. (*Gyn. et Obst.*, 1922, t. V, p. 345.)
- MAGGIAR. — De la fréquence de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et de ses accidents. (Thèse Paris, 1895.)
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses, 1721, p. 335.
- MAYER Maurice. — Thèse de Paris, 1933.
- MIKULICZ-RADECKI. — Sur le pronostic et la thérapeutique du Pl. Pr. en même temps qu'un résumé sur 168 cas de Pl. Pr. (*Arch. für Gyn.*, décembre 1924.)
- MONSIOSKY. — Etude historique sur l'insertion vicieuse du placenta. (Thèse Paris, 1896.)
- MONTIBERT. — La version de Braxton-Hicks à la clinique obstétricale de Lyon dans le traitement du Pl. Pr., 1905-1917. (Thèse de Lyon, 1917.)
- MUNRO-KERR S. M. — Injection de la section césarienne. (*The Journal of d. Gyn. of the British Empire*, 1921, vol. 28, p. 338.)
- MOUCHOTTE. — Doit-on recourir à l'opération césarienne pour traiter les hémorragies dues à l'I.V. du P. (*Ann. Gyn. et Obst.*, 1910, p. 213.)
- NAGEL W. — Pl. Pr. et traitement chirurgical. (*Gyn. et Obst.*, XIX, n° 1.
- PANKOW O. — Uber die anatomischen Grundlagèn der Pl. Pr. thérapie. (*Zbl. f. Gyn.*, 1912, S. 1316.)
- L'isthme utérin et placenta isthmique dans un cas de placenta isthmique et cervical. (*Hegars Beitr.*, XV, S. 23 et 317.)
- Die anatomischen Grundlagen der placenta prævia. *D. Med. Woch.*, 1913, S. 838; *Zbl. f. gyn.*, 1914, S. 628.)
- PAUCOT. — Césarienne pour placenta prævia. (*Bull. Gyn. et Obst.*, Paris, 1921, p. 408.)

- La césarienne abdominale dans le pl. pr. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, p. 677.)
- Discussion au Congrès de 1921.
- PAUCOT et REEB. — Rapport du Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, Paris, septembre 1933.
- PERALTA RANOS et BASAN. — Le traitement du Pl. pr. (*Gyn. et Obst.*, juillet 1927, p. 15.)
- PFANNENSTIEL. — Sur le traitement du Pl. pr. Contribution à la discussion sur les nouvelles méthodes de KRONIG et SELLHEIM. (*Mon. f. geb.*, XXIX, H. 3.)
- PINARD. — De la rupture dite spontanée des membranes de l'œuf humain. (*Ann. Gyn.*, 1886, p. 171.)
 - In Sneguireff : Hémorragies utérines. Etiologie, diagnostic et traitement, 1886, Paris, traduction par H. VARNIER.
 - Ruptures prématurées des membranes de l'œuf. (*Ann. de Gyn.*, 1886, p. 332.)
 - Hémorragies par I. V. P. (*Bull. Méd.*, 1894, Leçon 1894, in *Union Médicale*.)
 - Des hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement. (*Bull. Méd.*, 1896, p. 315.)
 - Hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur. Mort de la femme. (*Rev. Prat. Obst. et Ped.*, 1910, p. 33.)
- PORTAL. — La pratique des accouchements soutenue par un grand nombre d'observations, 1685, p. 234.
- POTOKI. — Communication à la Société d'Obstétrique, octobre 1918.
- PUZOS. — Traité des accouchements. Quatre mémoires dont le premier a pour objet les pertes de sang chez les femmes grosses. Paris, 1759.
- RATELOT et VAYSSÈRE. — Placenta prævia et hystérectomie. Réunion obst. de Montpellier, février 1924.
- REYMOND et CAZALES. — Hémorragies graves par pl. pr. pr. hystérectomie sans cuverture préalable de l'utérus. Enfant vivant. Guérison de la mère. (*Soc. Obst. et Gyn. et Pédiatrie*, Paris, 1911, février.)

- RHENTER. — Un cas de Pl. pr. central. (*Soc. Obst. de Lyon*, mai 1920.)
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LE LORIER. — Opération césarienne au cours du travail chez une primipare présentant une hémorragie par I. V. P. (*Ann. Gyn. et Obst.*, 1911, p. 213.)
- RIVIÈRE. — Société d'Obstétrique et Gyn. de Bordeaux, 1923.
- ROUVE (M.). — A propos du traitement du Pl. pr. (*Soc. d'Obstétrique de Strasbourg*, novembre 1921.)
- ROUVILLE (DE) et MATOU. — Hémorragies par pl. pr. dès le début de la grossesse ayant entraîné l'avortement. (*Bull. de la Soc. d'Ost. et de Gyn.*, 1924.)
- SCHACHER. — De placenta^æ uterinæ morbis, Leipzig, 1709.
- SCHAUTA. — Un mot sur la césarienne classique dans le pl. prævia. (*Mon. f. geb.*, XXXI, p. 1.)
- SCHICKELE (Strasbourg). — Des interventions obstétricales et chirurgicales pendant l'accouchement. (*Gyn. et Obst.*, t. I, 1920, p. 19.)
- SCHRODER. — Pl. pr. et césarienne vaginale. (*Diss. München*, 1913.)
- SCHWEITZER. — 333 cas de placenta prævia. (*Zentralblatt fur gyn.*, n° 46, novembre 1922.)
- SELLHEIM. — Les dangers des accouchements naturels dans les pl. pr. et leur diminution par la césarienne extra-péritonéale. (*Zbl. f. Gyn.*, 1908, p. 1297.) L'hémostase pendant le travail dans le placenta prævia. (*Gyn. Rundschau*, 1909, p. 61.)
- Sur le traitement du pl. pr. (*Hegars Beit*, XIII, p. 478.)
- SEYLER. — Thèse sur « De Schlacher : de placenta^æ uterinæ morbis », 1709.
- SIEGEL. — Thérapeutique clinique du placenta prævia. (*Monatsschrift fur Geb. und. Gyn.*, vol. LXXIII, avril 1926.)
- SIEGES. — Analysis of 115 cases. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, july 1931, p. 110.)
- STAN (U.S.A.). — Placenta prævia. (*Kentucky M. Journ.*, août 1929.)

- TRILLAT. — Traitement des hémorragies graves du pl. pr. par les méthodes obstétricales. Quatre cas traités avec succès pour mère et enfant. (*Réunion obst. et Gyn. de Lyon*, mars 1924.)
- TURENNE. — Gyn. et Obst., tome 22, octobre 1930.)
- TZANCK. — La pathogénie de la mort par hémorragie. (*Presse médicale*, nov. 1929, p. 600.)
- Traitement des hémorragies graves. (*Comptes rendus Ac. des Sciences*, janv. 1930, p. 226 (avec CHARRIER).)
- La transfusion sanguine (*Bull. Soc. Nat. Chirurgic.*, 1931, p. 676.)
- VAN ROOY (Amsterdam). — Discussion au Congrès de Paris, 1921.
- VANVERTS et PAUCOT. — Opération césarienne et pl. pr. chez la même femme. (*Soc. d'Obst. de Lille*, fév. 1924.)
- Deux cas de césarienne pr. pl. pr. (*Revue mensuelle de gyn. d'Obst. et Pédiatrie*, 1919, p. 387.)
- VAYSSÈRE et RATHELOT. — Pl. pr. et hystérectomie. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n° 4, 1924.)
- VERMELIN et HAMANT. — Deux cas de césarienne basse pour placenta prævia. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, octobre 1932, p. 564.)
- WILHAMSON (H.-C.). — Traitement du pl. pr. (*New-York State Méd.*, 1^{er} août 1929.)
- WHITEHOUSE-BECKWELT. — Opération césarienne dans le traitement du pl. pr. (*The journal of Obst. and. Gyn. of British Empire*, 1921, p. 469.)
- ZANGEMEISTER und SCHILLING. — Zyr pl. pr. cervicalis. (*Monatshefte für Gel und gyn.*, 1922, LX.)
- ZIMMERMANN (Iene). — Le traitement des hémorragies post-partum par pincement des paramètres, d'après HENKEL. (*Zentralblatt f. gyn.* 1923, p. 1039.)
- ZWEIFEL. — Placenta pr. traité d'obstétrique, par Doderlein, II, p. 565.
- Sur les dangers et sur le traitement du pl. pr. (*Münchner medizinische Wochenschrift*, 1907, n° 48.)

TABLE DES MATIÈRES

I. — INTRODUCTION ET HISTORIQUE	9
II. — ETUDE DES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES CAS OBSERVÉS	17
I. Fréquence.	19
II. Influence de l'âge	21
III. Influence de la parité	22
IV. Variété d'insertions placentaires	23
V. Gravité.	24
III. — ETUDE DE L'HÉMORRAGIE	27
IV. — LE TRAITEMENT OBSTÉTRICAL	33
Le tamponnement	35
La dilatation manuelle et instrumentale	36
I. La rupture large des membranes	38
II. Les opérations obstétricales	44
a) <i>Ballon de Champetier de Ribes</i>	46
b) <i>La version</i>	47
c) <i>Le décollement manuel du placenta suivant la méthode de Simpson</i>	48
V. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL	51
Césarienne suprasymphysaires; Hystérectomie	53
I. Le traitement chirurgical d'emblée	55
II. Le traitement chirurgical secondaire à une intervention obstétricale	62
Indications opératoires	64
Le choix des interventions et les indications propres à chacune d'elles	70
A. — <i>Les Hystérotomies</i>	70
B. — <i>Les Hysterectomies</i>	72

VI. — ETUDE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE	75
I. La mort après la rupture large des membranes.	77
II. La mort après version	78
III. La mort après césarienne supra-symphysaire.	78
IV. Mort après hystérectomie	79
VII. — RÉSULTATS GÉNÉRAUX	81
OBSERVATIONS	87
Opérations obstétricales	89
Césariennes supra-symphysaires	98
Hystérectomies	105
VIII. — CONCLUSIONS.	111
BIBLIOGRAPHIE.	117

